



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

“L’accompagnement infirmier lors d’un soin auprès d’un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d’un parent”



Formateur référent mémoire :
Fortin Virginie

MORISSEAU Clara
Formation infirmière
Promotion 2019/2022

Le 19/04/2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 19 avril 2022

Identité et signature de l'étudiant : Clara Morisseau

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes et tout particulièrement Madame Virginie Fortin pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie également les professionnels de santé que j'ai pu interroger pour répondre à mes questions.

A ma famille, mes proches et amis pour leur soutien et leur présence tout au long de ce travail et au cours de ces trois années de formation.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Situation d'appel à la question de départ	2
1.1. Présentation de la situation d'appel	2
1.2. Questionnements en lien avec la situation de départ	3
1.3. Emergence d'une question de départ	3
2. Cadre conceptuel	4
2.1. Le nourrisson	4
2.1.1. Le développement de la communication et des sens du nourrisson	4
2.1.2. Les besoins de l'enfant entre 2 et 4 mois	5
2.1.3. La gestion de la douleur induite par un soin chez le nourrisson à l'hôpital	6
2.2. La relation entre l'enfant et ses parents	7
2.2.1. L'attachement entre l'enfant et la mère	7
2.2.2. L'attachement entre l'enfant et le père	8
2.3. La relation triangulaire	9
2.3.1. Le rôle de l'infirmier dans la relation soignant-soigné avec un nourrisson hospitalisé	9
2.3.2. Le rôle de l'infirmier auprès des parents de l'enfant	10
2.4. Intégration des parents dans les soins de leurs enfants à l'hôpital	11
2.4.1. L'alliance thérapeutique	11
2.4.2. La participation parentale aux soins	12
3. Méthodologie de la recherche	15
4. L'analyse descriptive des entretiens	16
4.1. Les spécificités de la prise en charge du nourrisson	16
4.2. Les bénéfices de la présence des parents lors des soins	17
4.3. Les limites de la présence parentale	18
4.4. Le rôle infirmier dans l'intégration des parents dans les soins	19
4.5. Instaurer la relation triangulaire infirmier/enfant/parent	19
5. La discussion	21

5.1. L'accompagnement infirmier auprès du nourrisson	21
5.2. Accompagner le nourrisson c'est également accompagner les parents	21
5.3. La présence des parents lors du soin : une ressource à la fois pour le nourrisson, pour les parents et pour le soignant	22
5.5. Intégrer les parents aux soins	23
5.6. Face à la présence des parents, des difficultés rencontrées	24
Conclusion	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	31
Annexe I : Guide d'entretien	32
Annexe II : Retranscription des entretiens	33
Annexe III : Tableaux d'analyses des entretiens	45
ABSTRACT	52

Introduction

Ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers s'inscrit dans le cadre de ma formation d'Infirmière au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes.

J'ai choisi le thème de mon travail lors d'un stage en réanimation pédiatrique au début de ma troisième année de formation. Cette première approche de la pédiatrie a été révélateur de mon envie de travailler auprès des enfants. J'ai particulièrement aimé accompagner le nourrisson et ses parents dans cette étape compliquée de leur vie. Ce stage m'a permis de comprendre l'importance de l'accompagnement de la famille de l'enfant pour que l'hospitalisation de celui-ci se déroule au mieux. C'est notamment pour cette raison que mon sujet de recherche porte sur l'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent.

Pour introduire ce mémoire, nous verrons tout d'abord une situation clinique que j'ai pu vivre au cours de mon stage.

Dans un second temps, j'aborderais mon cadre théorique à travers les recherches des auteurs. Les premières parties de mon plan concernent le nourrisson, l'attachement du nourrisson à ses parents. Puis, je développerai la relation triangulaire singulière entre l'infirmier, le nourrisson et ses parents ainsi que le rôle de l'infirmier dans l'intégration des parents aux soins du nourrisson.

Par la suite, je présenterai une analyse descriptive de mes trois entretiens auprès d'infirmiers. Puis je terminerai par la discussion qui retrace le point de vue des auteurs ainsi que des professionnels de santé interrogés. Ma réflexion personnelle figurera également dans cette partie.

1. Situation d'appel à la question de départ

1.1. Présentation de la situation d'appel

La situation se déroule lors de ma cinquième semaine de stage dans le service de réanimation pédiatrique. Le matin, l'infirmière et moi prenons en soin un enfant de trois mois pour une prise en charge post-opératoire d'une chirurgie cardiaque. L'enfant était atteint d'une communication interventriculaire. C'est une cardiopathie présentant un défaut de fermeture de la cloison entre les ventricules droit et gauche du cœur, ce qui entraîne un passage anormal de sang entre eux. Le médecin nous informe que le redon thoracique de l'enfant peut être enlevé le matin et prescrit une sédation pour l'ablation du redon. C'était la première fois que je réalisais ce soin. L'infirmière me dit *"si on peut le faire avant que les parents arrivent, ce serait mieux"*. Cependant, lors de la préparation de la sédation, les parents de l'enfant entrent dans la chambre. L'infirmière et moi nous présentons aux parents. Ces derniers nous demandent de suite des nouvelles de leur enfant puis s'approchent de lui. L'infirmière discute avec eux sur l'état de santé de leur enfant et sur le soin que nous allons effectuer. La maman demande si le retrait du redon est douloureux. J'explique alors aux parents l'intérêt de la sédation pour réduire la douleur *"la sédation est instantanée et dure une quinzaine de minutes, il ne sentira pas le retrait du redon"*. Ensuite, l'infirmière me propose de réaliser le soin. Je commence l'administration de la sédation. L'infirmière enlève le pansement pendant que j'enfile mes gants stériles. L'enfant s'agite et son visage se crispe lorsque l'infirmière enlève le pansement. La sédation ne fait pas encore assez effet, j'attends un petit moment pour nettoyer la zone. La maman tient la main de son enfant et lui chuchote une comptine. Le papa reste à distance du soin. L'infirmière guide mes gestes. Pendant le soin, les parents ne disent rien et restent les yeux rivés sur le soin que j'effectue. Les regards des parents sur moi et sur la réalisation de mon soin me préoccupent. Leurs regards sont pourtant bienveillants mais je les imagine surveiller une erreur de ma part. Je coupe les fils qui permettent de tenir le redon puis commence à retirer le redon doucement jusqu'à ce qu'il soit entièrement sorti. Une fois le soin fini, nous installons l'enfant dans les bras de sa maman, les parents nous disent que c'est un soulagement d'avoir enlevé le redon car ils avaient peur de faire mal à leur enfant quand il est dans leur bras. Nous proposons aux parents de réaliser ces soins d'hygiène avec nous dans la matinée. Ils acceptent avec plaisir, nous leur demandons s'ils ont besoin d'autres choses puis nous sortons de la chambre. L'infirmière me demande plus tard comment j'ai vécu le soin. En discutant avec une autre infirmière, elle me dit qu'elle demande toujours aux parents de sortir de la chambre lors de ce soin car ce n'est pas un « soin agréable » pour les parents à regarder.

1.2. Questionnements en lien avec la situation de départ

Plusieurs questionnements me sont venus à la suite de ma situation de départ :

- Comment intégrer les parents dans le soin ?
- Quels sont les bénéfices à laisser les parents assister aux soins ?
- Est-il possible de les faire participer à la prise en soin ?
- La présence des parents lors des soins a-t-elle des limites ?
- Quels sont les droits de l'infirmière à demander aux parents de ne pas assister aux soins invasifs de leur enfant ?
- Comment gérer la douleur du nourrisson ?

1.3. Emergence d'une question de départ

A la suite de ma situation de départ et des questionnements qui en ont suivi, j'ai mis en avant des notions essentielles comme la relation triangulaire entre l'infirmier, le nourrisson et ses parents ainsi que l'alliance thérapeutique et la présence parentale et leur participation aux soins. Ces notions m'ont permis d'arriver à ma question de départ : **En quoi la présence des parents influence-t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?**

2. Cadre conceptuel

2.1. Le nourrisson

Mon travail sera ciblé sur l'enfant aux premiers mois de vie. Selon le dictionnaire Larousse (s.d.), le terme nourrisson est alors employé pour évoquer "l'enfant dont l'âge se situe entre vingt neuf jours (fin de la période néonatale) et deux ans". L'étymologie du terme renvoie au fait qu'il a besoin d'être nourri, notamment par du lait maternel.

Les termes enfant et nourrisson seront alors tous les deux utilisés dans mon travail pour évoquer la même période de vie de l'enfant (3 à 6 mois).

2.1.1 Le développement de la communication et des sens du nourrisson

Il me semble essentiel d'évoquer dans un premier temps le développement de l'enfant notamment comment celui-ci communique avec son entourage pour pouvoir appréhender la suite de mon travail.

Selon le dictionnaire Larousse (s.d.), "Le développement de l'enfant est l'ensemble des phénomènes qui participent à la transformation progressive de l'être humain de la conception à l'âge adulte." C'est au cours des deux premières années de vie que se mettent en place les bases du développement et des acquisitions. Le nourrisson développe un mode de communication tout au long de son développement. D'après le cours de C. Le Bihan sur les théories de la communication, (document non publié, support de cours, février 2020), nous avons pu découvrir deux types de communication : la communication verbale et la communication non verbale. La communication non verbale regroupe les expressions du visage, la posture, l'attitude gestuelle... Le nourrisson s'exprime principalement par la communication non verbale. En effet, l'enfant va entrer en communication avec l'autre par des signes comme des gestes et des mimiques mais aussi via les pleurs, le sourire et le regard. La communication verbale quant à elle correspond au langage. Ainsi, Karine Durand (2005) explique que "le langage est une activité spécifiquement humaine qui fait intervenir à la fois des capacités perceptives et cognitives" (p. 73). Elle met en avant le langage comme un outil puissant de communication et de représentation. Ainsi le nourrisson, "doit être plongé dans un environnement linguistique pour apprendre à parler. Cet environnement est fourni par l'entourage social avec lequel le bébé communique" (Durand, 2005, p. 74.) "Entre 3 et 4 mois, le nourrisson va reprendre ce qu'il entend de son entourage, d'où de nombreux jeux buccaux." (Levy, 2016). Il vocalise, rit, gazouille : ce sont les prémices de la parole.

L'enfant utilise donc la communication verbale ainsi que la communication non verbale comme les pleurs par exemple pour exprimer ses besoins.

2.1.2. Les besoins de l'enfant entre 2 et 4 mois

Les besoins de l'enfant diffèrent au fur et à mesure de son développement psychologique et affectif. Alain Guillotte (2010), explique que "pendant ces premiers mois de la vie, les comportements du bébé montrent combien il est dépendant de ce qu'il l'entoure. Un environnement lui est absolument indispensable. Il ne peut se donner à lui-même ce dont il a besoin pour survivre" (p. 18). "Il est d'une part incapable de subvenir à ses besoins physiologiques, se nourrir, se laver, se chauffer... Il est d'autre part dans la nécessité absolue de recevoir des soins affectifs." (Guillotte, 2010, p. 18). Aussi, Myriam DAVID (2010, p. 34), détaille comment être attentif aux besoins de l'enfant et comment les satisfaire. Elle évoque 3 besoins principaux qui sont : la routine alimentaire, le besoin de succion et enfin le besoin de contact. En pédiatrie et dans le contexte d'un soin auprès d'un nourrisson, il est essentiel de s'assurer que les besoins de celui-ci sont assouvis pour pouvoir effectuer un soin dans les meilleures conditions.

Le besoin primaire et fondamental est l'alimentation du nourrisson. La routine alimentaire du nourrisson à trois mois est uniquement du lait maternel. Physiologiquement, le nourrisson se nourrit toutes les trois heures environ, il est alors important d'instaurer une routine mais celle-ci "ne peut être utile que si elle est adaptée à chaque enfant." (David, 2013, p. 36)

En ce qui concerne le besoin de succion, l'auteure le définit comme "une source de satisfaction qui s'ajoute au plaisir propre de l'alimentation." (ibid). Le besoin de succion de l'enfant est donc bien différent du besoin d'alimentation. Aussi, plusieurs concepts de Freud concernent le développement psycho affectif de l'enfant notamment les stades prégénitaux. Il évoque la notion du stade oral chez le nourrisson de 0 à douze mois et affirme que "la zone érogène (source de plaisir) du bébé est la bouche." (Sabbah, 2015, p. 1349)

Enfin, le nourrisson a besoin d'un contact humain. Henri Wallon, met en évidence "l'importance de la sphère affective et émotive pour le développement" (Henri Wallon cité par Durand, 2005, p. 84). "Pour Wallon, l'établissement d'un contact social dès les premières minutes de vie est non seulement nécessaire à sa survie mais constitue la base de son développement psychologique". (Durand, 2005, p. 84). Puis durant les premières années de sa vie, l'enfant aura besoin d'être porté, entouré, caressé... Ce besoin de contact diffère d'un enfant à l'autre, cependant il est tout de même primordial dans la satisfaction des besoins de l'enfant et pour son développement.

En outre, la charte de l'enfant hospitalisé (1986) définit les droits des enfants hospitalisés et permet notamment d'assurer les besoins de l'enfant à l'hôpital. Par exemple, un des droits de cette charte est "l'enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état." (La Charte Européenne Des Droits De L'enfant Hospitalisé - Hôpital Trousseau AP-HP, n.d.)

Ainsi, il faut connaître le développement et les besoins du nourrisson pour pouvoir appréhender au mieux la douleur de l'enfant.

2.1.3. La gestion de la douleur induite par un soin chez le nourrisson à l'hôpital

La Société Canadienne de Pédiatrie a publié un article illustrant l'importance de l'accompagnement familial pour l'enfant à l'hôpital. "Pour que la gestion de la douleur soit efficace, il est essentiel que la famille et l'enfant puissent y jouer un rôle actif." (Société Canadienne De Pédiatrie, 2019). En effet, de part leur développement psychologique en construction, "les nourrissons ont de la difficulté à penser à autre chose et leur attention reste entièrement concentrée sur la douleur." (*La Douleur Chez L'enfant*, s.d.)

L'article canadien met alors en évidence plusieurs solutions pour gérer au mieux la douleur chez le nourrisson. Une des stratégies proposées dans cet article est l'allaitement du nourrisson pendant un soin. En effet, "l'allaitement peut être une stratégie de réconfort multimodale, car il fournit à la fois un contact peau contre peau, le réconfort de la tétée et du bercement ainsi que le transfert des opiacés endogènes contenus dans le lait maternel." (Société Canadienne De Pédiatrie, 2019). Cette solution met en avant plusieurs besoins du nourrisson comme le besoin de succion et le besoin de contact évoqués précédemment dans mon travail. "Chez les nourrissons, ces stratégies physiques simples atténuent l'expérience de la douleur. Puisqu'elles ne peuvent pas éliminer complètement la douleur causée par les interventions, il est recommandé de les combiner à la pharmacothérapie, dans la mesure du possible." (Ibid)

Aussi, il est possible de distraire l'enfant au maximum du soin effectué pour réduire la douleur. En effet, l'article ajoute "les stratégies de distraction (faire des bulles, lire une histoire, présenter un dessin animé ou un jeu interactif) sont efficaces pour réduire la douleur et l'anxiété liées aux diverses interventions."

En ce qui concerne les nouveaux nés prématurés ou nés à terme, l'utilisation du saccharose (sucrose) lors d'interventions douloureuses a été démontrés efficace toujours selon l'article. "Dans ce groupe d'âge, il est aussi efficace que l'allaitement pour réduire la douleur." Au-delà de cet âge,

le sucre ne montre pas d'utilité pour réduire la douleur mais l'article explique qu'il peut tout de même "raccourcir la durée des pleurs chez les nourrissons âgés de un à douze mois."

Lors d'un soin, l'infirmière doit donc gérer l'appréhension de la douleur de l'enfant mais également celle des parents. "Les parents ont également besoin d'être préparés à ce qui va se passer, à ce qu'ils peuvent faire pour contribuer à positionner et distraire l'enfant et à ce qu'il est préférable de dire pendant l'intervention. Il faut conseiller aux parents d'éviter des paroles de réconfort erronées ou prématurées comme "Ça ne va pas faire mal", "C'est déjà fini" ou "C'est le dernier point de suture"", précise l'article.

Ainsi, l'importance de la présence des parents et leurs interventions auprès de l'enfant lors du soin nous amènent à réfléchir à la relation entretenue entre ces deux protagonistes.

2.2. La relation entre l'enfant et ses parents

Le concept de "relation" se définit comme "l'ensemble des rapports et des liens existant entre deux personnes." (Relations, Larousse, s.d.). "C'est un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime." (Fischer, 1999, p. 4)

2.2.1. L'attachement entre l'enfant et la mère

Yvon GAUTHIER, définit la notion d'attachement en ce qui consiste "aux relations qui se construisent dans les premières années de vie entre le parent et l'enfant. Il s'agit d'un besoin de contact, d'apaisement et de sécurité que l'enfant trouve auprès de ses parents et qui constitue le fondement même de sa personnalité et de son développement à l'âge adulte." (Gauthier et al., 2009, p. 119) Aussi, John Bowlby a établi la théorie de l'attachement en 1958. Il s'oppose alors à Freud, qui jusqu'alors définissait l'attachement du petit et sa mère comme "une construction secondaire qui s'étaye sur la satisfaction d'un besoin primaire, celui d'être nourri." (Durand, 2005, p. 110). Par opposition, John Bowlby défend l'hypothèse que c'est le "besoin de contact qui est un besoin primaire, une pulsion d'attachement, pulsion primaire, non liée à la libido et définirait le comportement d'attachement qui s'exprime dans les deux premières années de la vie." (Durand, 2005, p. 110).

La relation entre l'enfant et sa mère s'installe par la satisfaction des besoins de l'enfant et donc par la fonction alimentaire. En effet, "La fonction alimentaire est le lien de la relation symbiotique qui existe entre la mère et son bébé. On parle de relation symbiotique car le bébé ne distingue pas au

début le soi du non-soi, le dedans du dehors.” (Sabbah, 2015, p. 1349). Ainsi, “c’est à travers l’alimentation et les soins du pouponnage que l’enfant prend peu à peu connaissance de sa mère et du monde qui l’entoure. De ce contact émerge progressivement une image de sa mère en même temps que se précisent et s’intensifient les sensations de plaisirs liées à sa présence. Pour l’enfant, ce premier contact se fait par la bouche et par le contact physique quand sa mère le nourrit, le porte, le serre contre elle ou le manipule.” (David, 2013, p. 10)

La relation mère-enfant passe donc par tous les sens. En effet, “une mère prend son nouveau-né dans les bras, elle le touche, elle lui parle, elle le regarde, elle lui offre son odeur et sa chaleur (...) autant de stimuli interactionnels que le bébé peut recevoir car il a déjà des capacités sensorielles : visuelles, auditives, olfactives,...” (Stoleru & Lebovici, 2003, p. 96) Puis l’interaction mère-nourrisson se fait au cours duquel “la mère entre en communication avec son bébé en lui adressant certains messages, tandis que le nourrisson à son tour répond à sa mère à l’aide de ses propres moyens.” (Stoleru & Lebovici, 2003,p. 95)

Bien que l’enfant crée un lien d’attachement fort avec la mère, le père détient également une place importante dans la vie affective de l’enfant et un lien d’attachement s’établit entre les deux.

2.2.2. L’attachement entre l’enfant et le père

Selon Bowlby, il existerait une “hiérarchie” dans l’attachement où la mère devient généralement la figure d’attachement prioritaire mais le père devient tout aussi important dans le développement de l’enfant. (Gauthier et al., 2009, p.48). En effet, “le père devient lui aussi figure d’attachement, mais à condition qu’il assure une présence aussi continue que possible dans le quotidien de son enfant.” (Gauthier et al., 20:09, p. 47). Myriam David, ajoute “l’importance du père à cet âge varie énormément en fonction de la place qu’il veut ou peut prendre.” (David, 2013, p. 105) “Comme pour toute autre personne, l’enfant ne peut le connaître et établir de rapports avec lui que dans la mesure où le père établit ce rapport lui-même.” (David, 2013, p. 103) Aussi, ce lien d’attachement se crée de jour en jour avec les actes de la vie quotidienne par exemple “les repas, le bain, les jeux, l’endormissement et le réveil la nuit sont tous des moments possibles où les interactions entre l’enfant et son père construisent un attachement.” (Gauthier et al., 2009, p. 47) Enfin, selon Myriam David (2013, p. 104) , “Si ils (les pères) tiennent à partager avec leur femme les soins de l’enfant : pouponnage, change, biberon. Ils établissent alors avec l’enfant un rapport étroit ; celui-ci reconnaît vite son père et le différencie des étrangers.”

Lors de l'hospitalisation d'un nourrisson, l'infirmier va également instaurer une relation particulière avec le nourrisson et les parents.

2.3. La relation triangulaire

2.3.1. Le rôle de l'infirmier dans la relation soignant-soigné avec un nourrisson hospitalisé

La relation instaurée entre un patient et l'infirmier est définie comme une relation soignant-soigné. Selon Christine Paillard (2016), la relation soignant soigné est défini comme une "activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience." (p.426). Aussi, pour J. Chalifour "la nature de la relation soignant soigné se réalise dans sa totalité, à travers les liens qu'elle tisse avec la personne soignée, les liens que cette personne entretient avec elle-même et avec son environnement physique et humain." (Paillard, 2018, p. 363)

Selon Lyliane Diné, "les touts petits ont donc une très grande facilité d'adaptation aux circonstances nouvelles, mais cette faculté ne s'épanouira totalement que dans un climat de confiance. Cela se fera assez aisément si les soignantes ont le souci d'établir avec lui, dès le début, une relation vraie, respectueuse et chaleureuse". (Diné, 1991, page 21). Ainsi, la relation soignant/soigné doit être adaptée au nourrisson et suppose d'établir une relation de confiance avec celui-ci. "Les équipes soignantes doivent ainsi mobiliser tout particulièrement leurs compétences d'adaptation et de créativité afin d'être en mesure de répondre aux différents besoins des enfants qu'elles sont amenées à soigner." (Hellier, 2009, p. 24). En effet, cela suppose tout d'abord de repérer les besoins spécifiques de l'enfant, et de s'y adapter pour pouvoir communiquer avec lui. Il faut réussir à comprendre les émotions des enfants. En effet, "ses pleurs, ses cris, son agitation ou son refus alimentaire sont autant de signes que l'équipe infirmière doit décoder pour répondre au mieux à ses besoins de réassurance." (Hellier, 2009, p. 23).

De plus, le bébé perçoit le monde qui l'entoure à travers le regard de ses parents. Alors, "l'équipe infirmière devra se montrer particulièrement vigilante quant à l'accueil qui leur sera réservé : soutien et accompagnement se poursuivront tout au long de l'hospitalisation du bébé." (Hellier, 2009, p. 23).

Aussi, l'utilisation par l'infirmière du jeu et du langage auprès des enfants permet à l'enfant de lutter contre l'angoisse notamment. "Accompagner ces gestes de mots adaptés donne l'occasion à

l'enfant de leur conférer un sens juste, ce qui atténue son angoisse." (Hellier, 2009, p. 24) Les soignants doivent choisir une attitude et un vocabulaire adapté à son niveau de compréhension, par exemple une "voix calme et douce", des "gestes lents et doux, des mains accueillantes" pour les nourrissons. (*Pourquoi Parler à L'enfant ? – PEDIADOL, s.d.*) "Souvent les soignants s'adressent aux parents, mais oublient de communiquer plus directement avec l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus la douleur peut être une agression incompréhensible. Parler à un nouveau-né permet d'être en relation avec lui." (*PEDIADOL, s.d.*) "Il a besoin d'être rassuré et d'avoir des explications, l'informer sur ce qui se passe ou sur ce qui va se passer." (*PEDIADOL, s.d.*)

La dynamique familiale et relationnelle de l'enfant est à prendre en compte lors de sa prise en soin.

2.3.2. Le rôle de l'infirmier auprès des parents de l'enfant

Dans le contexte de l'hospitalisation d'un enfant en pédiatrie, une relation triangulaire s'instaure, impliquant les parents, l'enfant et l'infirmier. Selon Pascale Wanquet-Thibault "la traditionnelle relation soignant soigné devient une relation triangulaire, une triade dans laquelle idéalement tous les acteurs sont en relation les uns avec les autres". (Thibault, 2015, p. 65).

Ainsi, "la prise en charge commune du nourrisson hospitalisé par l'équipe soignante et ses parents est toujours à favoriser, malgré les nombreuses difficultés de sa mise en œuvre. L'idéal est de parvenir à créer au fil des jours une relation triangulaire entre parents, enfant et soignantes, relation qui aidera les uns et les autres à mieux vivre ce séjour à l'hôpital." (Diné, 1991, page 39).

L'auteure Célia Gounin (2016), explique qu'en arrivant à l'hôpital "les parents font face à une situation inhabituelle impactant leur vie familiale" (p. 30). L'accompagnement des parents par l'équipe soignante est alors indispensable. En effet, la dynamique familiale est perturbée lors de l'hospitalisation du nourrisson. L'auteur définit la dynamique familiale perturbée à "la modification des relations familiales ou du fonctionnement familial. La famille fait face à un agent stressant qui perturbe ou risque de perturber sa dynamique". (Gounin, 2016, p. 30)

La relation triangulaire implique alors la confiance entre les différents acteurs de la relation. En effet, il faut réussir à créer une relation de confiance qui passe notamment par la communication en répondant aux besoins des parents.

Premièrement, les parents ont un besoin d'information. "Les parents attendent des informations honnêtes, même quand elles sont difficiles à entendre." (Thibault, 2015, p. 84). "Ils ont besoin d'avoir des informations claires et franches sur l'état de santé de leur enfant." (colloque infirmier,

2012, St Étienne, p.22). L'importance de la transparence de l'information et la qualité de la communication instaurée permet aux parents d'être en confiance avec l'équipe soignante.

Aussi, il y a un besoin d'accompagnement, de réassurance, d'écoute et de présence du soignant auprès des parents. L'accompagnement des parents est tout aussi important que l'accompagnement de l'enfant pour une prise en charge globale de celui-ci. "Les parents ont besoin de relations avec les membres de l'équipe qui prennent en charge leur enfant. Cette relation est basée sur l'écoute et la prise en considération de leur anxiété et de leurs difficultés." (Thibault, 2015, p. 85) "L'infirmière doit les écouter, les entendre et prendre en considération leurs propos. Il faut pour cela les autoriser et les aider à verbaliser leurs angoisses, craintes et attente" (colloque infirmier, 2012, St Étienne, p. 24) Aussi, "Il est important pour eux (les parents) de ne pas se sentir jugés : l'équipe soignante ne connaît pas leur histoire personnelle et accueille les parents tels qu'ils sont, sans porter de jugement de valeur sur leurs réactions." (Gounin, 2016, p. 30)

La communication, l'écoute et la présence du soignant auprès des parents sont donc primordiales et sont les bases d'une alliance thérapeutique.

2.4. Intégration des parents dans les soins de leurs enfants à l'hôpital

2.4.1. L'alliance thérapeutique

Une alliance thérapeutique est à instaurer dans le cadre de la relation triangulaire parents/enfant/ soignant instaurée. Ce concept tout d'abord abordé par Freud en 1913, a ensuite été redéfini par Carl ROGERS, comme "un engagement essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, avec des buts communs pour le patient et le soignant." (Monié et al., 2018, p. 302) Aussi, "L'alliance thérapeutique renvoie également à la notion de continuité des soins dans un rapport de personne à personne qui passent un contrat, et peut s'élargir à l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un éventuel réseau de soin." (Monié et al., 2018, p. 302-303). La notion d'un climat de confiance est primordiale pour instaurer une alliance thérapeutique. Le terme confiance est défini comme "un sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un, à quelque chose". (Monié et al., 2018, p. 303). La relation de confiance "est basée sur une relation réciproque d'ordre affectif et sur un engagement mutuel. La confiance se mérite et n'ai jamais gagné de façon définitive." (Monié et al., 2018, p. 303). Cette

relation requiert des qualités telles que : l'empathie, l'authenticité, la bienveillance, l'humilité et le respect.

En pédiatrie, l'alliance thérapeutique est à développer tant avec l'enfant qu'avec les parents. En effet, "les parents sont le lien stable qui relie l'enfant à sa vie "normale" et les parents ont donc un rôle thérapeutique." (Gounin, 2016, p. 32). Aussi, les parents "connaissent leur enfant et ses limites". (Ibid). "Ils sont une source d'information irremplaçable pour les soignants. Ils peuvent être les mieux à même de repérer ce qui est anormal".(colloque infirmier, 2012, St étienne, p. 19) "Il est nécessaire de décider avec eux du programme de soin et d'écouter leur parole." (Ibid)

L'alliance thérapeutique avec les parents permet de mettre en place une prise en soin adapté à l'enfant en pédiatrie. Cette alliance se développe notamment grâce à la participation des parents dans les soins.

2.4.2. La participation parentale aux soins

Le rôle des soignants est de maintenir le lien parent/enfant durant l'hospitalisation de celui-ci. «Il est nécessaire que l'enfant garde des repères stables pour son bien-être psychique. Il a besoin de confort, de chaleur, de douceur, de parole, de sécurité ». (Gounin, 2016, p. 32) En effet, le psychologue Alain Guillotte explique "c'est au début de la vie que la qualité des soins parentaux importe considérablement." (Guillotte, 2010, p. 8)

"En septembre 2000, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité diffuse un « carnet douleur pédiatrique » à remettre à toutes les familles." (Devoldère, 2012, p. 22). Il est écrit "votre présence à côté de lui et en particulier lors des soins douloureux est un soutien pour votre enfant surtout lorsqu'il est petit. Vous pouvez le rassurer, le distraire, l'encourager, le consoler..." (Devoldère, 2012, p.22) Ce besoin de présence entre l'enfant et les parents est réciproque. En effet, "lorsque leur enfant est hospitalisé, la majorité des parents souhaitent pouvoir rester près de lui. Ils peuvent ainsi être rassurés en temps réel sur l'état de l'enfant, le déroulement de l'hospitalisation." (Thibault, 2015, p. 84).

Les parents ont également besoin de réaliser les soins. En effet, "les parents assurent au quotidien des soins de maternage. Il est donc logique qu'ils aient le souhait de poursuivre leur rôle au cours d'une hospitalisation." (Thibault, 2015, p. 85). De plus, Eloïse Hellier (2009) explique que "pendant l'hospitalisation, les parents se sentent souvent "dépossédés" de leur enfant alors placé sous la responsabilité de l'équipe médicale. Cette situation génère chez eux un sentiment d'impuissance parfois difficile à supporter, qui leur laisse l'impression "d'abandonner" leur enfant

aux médecins et aux infirmières.” (p. 23). Aussi, “leur participation dans les soins leur permet de se rendre utiles et de garder un rôle positif face à leur enfant. Cette activité est sans doute le meilleur moyen de combattre le sentiment d’impuissance et de désespoir qui frappe les parents à cette phase de rupture qu’est l’hospitalisation” (colloque infirmier, 2012, St étienne, p. 19). Ainsi, la participation des parents aux soins “développe leurs compétences parentales, leur donne de l’assurance et diminue leur stress” (Ibid).

Effectivement, les soignants peuvent proposer aux parents de participer au bain, à l’habillage, à des jeux avec l’enfant. Il s’agit d’aider les parents à préserver les activités habituelles qu’ils faisaient à la maison. Célia Gounin explique “le but est d’impliquer les parents le plus possible dans des caresses, câlins, sourires, contacts, massages, fou rire, jeux avec leur enfant” (Gounin, 2016, p. 31). “Ils jouent ainsi un rôle thérapeutique. Ils sont une ressource pour les soignants. Leur participation aux soins leur permet d’être utiles et de garder une attitude positive face à leur enfant.” (Gounin, 2016, p. 32)

“Toutefois, les soignants devront veiller à ce que les parents soient à l’aise pour réaliser ces soins dans un milieu qu’ils ne connaissent pas. L’état de leur enfant, ainsi que les appareillages éventuels (perfusion, matériel de surveillance, etc) peuvent faire peur au parent qui de ce fait n’osera pas toucher le malade. Progressivement, ils peuvent acquérir leur autonomie pour réaliser ces soins dans ce milieu qu’ils apprennent à connaître grâce à l’accompagnement des soignants.” (Thibault, 2015, page 85)

Selon Devoldère (2012), “Dès lors, tout soignant ne peut que proposer aux parents de rester quel que soit le geste, s’ils le souhaitent, à condition que le parent ait reçu l’information concernant le déroulement et qu’il sache précisément ce qu’on attend de lui, ce qu’il lui est possible de faire pour son enfant, pour le rassurer ou le consoler. Les parents connaissent leur enfant et sont de précieux alliés, ils savent comment le distraire au mieux et pourront aider les soignants en ce sens”. (p. 23) En effet, “travailler en pédiatrie dans cette approche humaniste consiste à changer ses habitudes et à travailler sous le regard soucieux des parents sans prendre leur place. La relation parents/enfant est privilégiée par une présence efficace mais discrète. Les parents deviennent ainsi de véritables partenaires des soins”. (Gounin, 2016, p. 32)

En somme, les soignants doivent aider les parents à trouver leur place auprès de leur enfant à l’hôpital, en les intégrant du mieux possible dans les actes de la vie quotidienne, et dans les soins de maternage.

3. Méthodologie de la recherche

Dans la continuité de mon travail, j'ai réalisé une enquête auprès de trois infirmiers. Cette enquête s'est déroulée sous la forme d'entretiens semi-directifs avec chaque infirmier. Le but de ces entretiens était d'obtenir le point de vue des infirmiers diplômés et de recueillir des informations complémentaires sur mon sujet pour enrichir ma réflexion.

Pour la réalisation de ces entretiens, la préférence des infirmiers était de s'entretenir lors d'une visioconférence, c'est donc ce qui a été convenu pour les trois interviews. J'ai fait le choix de poser des questions ouvertes et larges pour permettre aux infirmiers interrogés de construire leur réponse sans être limité par des réponses pré-définies. Le guide d'entretien ainsi que les retranscriptions d'entretiens sont retranscrits en annexe.

Dans un premier temps, j'ai choisi les personnes que j'allais interroger. Pour un souci d'anonymat, j'ai décidé de les nommer IDE 1, IDE 2 et IDE 3.

Le premier infirmier (IDE 1) est diplômé depuis 10 ans et exerce depuis six années en réanimation pédiatrique.

La deuxième infirmière (IDE 2) est diplômée depuis quatre ans et exerce également en réanimation pédiatrique depuis son diplôme.

La troisième infirmière (IDE 3) est diplômée depuis cinq ans et travaille dans un service Nourrissons depuis quatre ans.

J'ai choisi d'interroger trois infirmiers ayant des parcours professionnels différents afin d'avoir des réponses variées et ainsi les mettre en comparaison.

4. L'analyse descriptive des entretiens

4.1. Les spécificités de la prise en charge du nourrisson

Pour commencer, il me semble intéressant de mettre en lumière les particularités de la prise en charge du nourrisson. Selon les infirmiers interrogés, plusieurs aspects sont spécifiques de cette prise en charge. L'un des premiers énoncés par les infirmiers est la distraction et le jeu mis en place avec l'enfant pour aborder un soin. L'IDE 1 explique que *“la distraction avec l'enfant est plus facile qu'avec l'adulte.”* La troisième infirmière que j'ai interrogée (IDE 3) illustre l'importance de la distraction en expliquant qu'elle *“fait attention à ce que l'enfant puisse avoir accès à des jeux, accès à des choses qui vont l'éveiller, le distraire.”* Elle ajoute *“on met aussi aux parents à disposition des crayons, des livres, des jouets pour qu'ils puissent avoir des activités”.*

La deuxième particularité de la prise en charge est la présence des parents selon les infirmiers. L'IDE 2 évoque qu'elle se réfère et fait participer les parents dans la prise en charge de l'enfant. Aussi, l'IDE 3 explique que *“l'enfant en général a toujours un parent qui est là qui fait partie intégrante de la prise en soin”.* Elle cite les parents comme une *“partie importante à prendre en compte. On a le patient et sa famille, en l'occurrence ses parents.”*

De plus, les trois soignants s'accordent à dire qu'ils doivent s'adapter au développement et aux besoins de l'enfant. L'IDE 1 précise qu'il y a beaucoup de choses qui changent dans la prise en charge du nourrisson car *“on s'adapte à sa physiologie”.* L'IDE 2 ajoute *“On essaye de s'adapter aux modes de vie et au développement du nourrisson”.* Ainsi, L'IDE 2 et 3 soulignent toutes les deux, la notion du respect du rythme du nourrisson pour *“faire attention à leur développement psychomoteur”.* Pour cela, l'IDE 3 met en lumière plusieurs exemples pour respecter le développement du nourrisson comme *“regrouper les soins”* et *“ne pas perturber leur sommeil”.*

Un autre aspect également abordé par l'IDE 1 et l'IDE 2 est la prise en charge physique. L'IDE 1 fait référence à *“porter l'enfant, le cocooner”.* Aussi l'IDE 2 explique *“on va plus facilement les prendre dans les bras, pour les calmer, les endormir”.*

Enfin, les infirmiers ont abordé la prise en charge de la douleur spécifique aux nourrissons. Pour l'IDE 1 la prise en charge de la douleur passe *“notamment par l'action de succion, ou du sucre”.* L'IDE 3 explique que la gestion de la douleur est primordiale dans le soin, si celui-ci est douloureux.

4.2. Les bénéfices de la présence des parents lors des soins

Lors des entretiens, l'ensemble des infirmiers interrogés expliquent que le bénéfice sera en premier lieu sur l'enfant. En effet, selon l'IDE 1, le soin sera moins traumatisant pour l'enfant si

les parents sont présents. Les parents sont un point de repère pour l'enfant, et permettent de le rassurer. Le bénéfice de leur présence est *“d'être capable par des gestes, des mots, des explications, de le rassurer. Le but est que ça crée un climat rassurant pour l'enfant”* explique l'IDE 3. Selon l'IDE 1, la prise en charge physique sera plus réconfortante pour l'enfant si celle-ci est faite par les parents car le nourrisson reconnaît les odeurs, la voix et le contact de ces parents. En effet, l'IDE 3 ajoute que les parents *“font partie de la sphère de l'enfant”* dans lequel le nourrisson grandit et évolue.

Ensuite, les infirmiers affirment que la présence des parents est également une ressource pour le soignant. Cela leur permet d'assurer une prise en soin adapté pour le nourrisson. Le premier infirmier (IDE 1) interviewé explique *“c'est beaucoup plus simple d'appréhender un soin pour ma part, si les parents sont là.”* L'IDE 3 rejoint l'opinion du premier infirmier en affirmant que la présence des parents est une aide pour l'infirmier. Elle cite par exemple l'habillage et la réinstallation comme des actes souvent effectués par les parents.

Aussi, l'IDE 1 et 2, considèrent que la présence des parents est un bénéfice également pour ces derniers. En effet, l'IDE 1 confie *“c'est bénéfique car les parents comprennent ce qu'on fait”*. Ainsi l'IDE 2 rajoute *“ça leur permet aussi de voir ce que l'on fait et ils se sentent utiles”*.

Au-delà de leur présence, les soignants interrogés tiennent à intégrer les parents dans les soins de leur enfant. L'intégration des parents dans les soins passe par *“ parler à l'enfant, le distraire, jouer avec lui, lui chanter des chansons, regarder des vidéos”* cite l'IDE 3. Ainsi l'IDE 2, bien que travaillant dans un service de réanimation pédiatrique où les soins peuvent être complexes, met un point d'honneur à les inclure *“pour les petits massages pour le côté réconfort, nettoyage des yeux, de la bouche.”*

Par ailleurs, l'IDE 2 et 3 s'accordent à dire que leur présence et leur participation aux soins relèvent de leurs propres envies et investissements. L'IDE 3 précise *“je demande toujours s'ils veulent rester”*.

4.3. Les limites de la présence parentale

Lors de mon entretien, j'ai trouvé intéressant de poser aux infirmiers deux questions : les possibles limites de la présence des parents lors des soins et dans quelles circonstances l'infirmière demande aux parents de sortir de la chambre.

Tout d'abord concernant les limites de leurs présence, le premier élément évoqué par l'IDE 1 et l'IDE 3 relève du consentement du parent à participer aux soins. En effet, l'IDE 3 explique que *“des fois, il y a des parents qui restent dans la chambre mais qui restent à distance. Il faut voir avec eux comment ils se sentent et comment ils sont capables.”*

Puis, la seconde limite abordée par l'IDE 2 interrogé est l'état de l'enfant. En effet, celle-ci travaillant en réanimation pédiatrique fait face à des situations où l'état de santé de l'enfant peut être instable. Elle raconte qu'elle préfère effectuer les soins sans la participation des parents par peur de les déstabiliser lorsque l'enfant n'est pas stable. Elle précise qu'elle ne veut pas que les parents s'en veulent et pensent que c'est de leur faute si l'enfant n'est pas stable lors du soin. L'infirmière (IDE 2) affirme *“ce qui doit être bénéfique, au final ne va pas l'être”*. Elle fait référence au côté bénéfique de leur participation pouvant être délétère lorsque l'enfant est instable.

Enfin, l'IDE 2 et 3 relate une autre limite : lorsque les parents sont stressés et anxieux. Selon l'IDE 3 *“ce qui fonctionne le mieux c'est que le parent soit calme et capable de se concentrer sur l'enfant”*. En effet, l'IDE 2 explique que *“les bébés sont comme des éponges, ils sentent quand les parents sont stressés”*. Alors *“si les parents sont trop anxieux ou trop stressés, ils ne sont pas rassurants pour l'enfant et ça ne va pas nous aider”* affirme la troisième infirmière (IDE 3). En résumé, lorsque les parents arrivent à prendre sur eux, le soin se passe bien conclut l'IDE 2.

Par ailleurs, concernant les conditions selon lesquelles l'infirmière demande aux parents de ne pas assister aux soins, l'IDE 1 précise que les parents peuvent toujours assister aux soins et être dans la chambre, s'ils le souhaitent. Les deux autres infirmières interrogées ont des propos plus nuancés sur ce sujet. En effet, l'IDE 2 et 3 mettent en avant plusieurs soins réalisés sans la présence des parents. Pour l'IDE 2 *“les soins très invasifs, douloureux et les soins stériles sont pour moi les principaux soins ou on demande aux parents de sortir de la chambre”* explique-t-elle. Aussi, l'IDE 3 ajoute : *“il y a certain soin par exemple : la ponction lombaire, on fait sortir les parents car c'est pas du tout un soin confortable pour les enfants même si on met plein de moyens en œuvre pour que ce soit le moins douloureux possible”*.

4.4. Le rôle infirmier dans l'intégration des parents dans les soins

Dans le premier entretien, l'IDE 1 avance différentes techniques et approches pour intégrer les parents lors des soins. Il utilise les parents *“comme accompagnateurs et comme maintien de la tétine”*. L'IDE 2, quant à elle, raconte que souvent l'intégration des parents passe par la distraction et l'installation de l'enfant. En effet, de nombreuses fois *“les parents les prennent contre eux et l'enfant finit par se calmer en étant dans les bras des parents”* explique-t-elle.

Également, un de ses exemples donné pour intégrer les parents est de proposer à ces derniers de tenir le doudou à côté de l'enfant pendant qu'elle fait le soin. Le deuxième exemple décrit par l'IDE 2, est lorsqu'ils utilisent du meopa pour le nourrisson *"c'est les parents qui tiennent le masque"*.

Un autre aspect fondamental abordé par l'IDE 2 et l'IDE 3 est l'importance de la communication. En effet, par la communication les deux infirmières rassurent les parents, leur donnent des explications et recueillent des informations sur le nourrisson. L'IDE 2 transmet qu'il faut *"beaucoup les rassurer, leur dire qu'on est présent mais tout en leur laissant leur espace"*. Aussi, l'IDE 3 ajoute *"il faut leur expliquer avant comment ça va se passer, s'il y a des soins qu'ils ne connaissent pas"*. Puis, elle (IDE 3) se renseigne *"on leur demande en fonction de l'âge de l'enfant ce qui a fonctionné avant."* De plus, l'IDE 2 me confie qu'elle discute de différents sujets *"tu vas discuter d'un petit peu de tout et de rien, ça leur fait du bien aussi de parler d'autres choses que l'hospitalisation de leur enfant"*. Aussi, elle utilise également l'humour quand c'est possible *"ça détend un peu tout le monde"* affirme t-elle.

Au-delà de ça, l'IDE 2 souligne que l'expérience professionnelle du soignant influence la manière d'intégrer les parents dans les soins. En effet, selon elle *"c'est difficile quand tu es jeune infirmière d'instaurer cette relation car tu es déjà extrêmement stressée. "Il faut prendre sur soi, pour ne pas montrer son stress devant les parents"* précise t-elle.

4.5. Instaurer la relation triangulaire infirmier/enfant/parent

A travers leurs témoignages, la notion mise en avant par les infirmiers est la relation de confiance avec les parents. Le mot "confiance" apparaît dans chacune de leur réponse et est pour eux l'essence même de la relation triangulaire. Ainsi, l'IDE 2 explique *" on essaie toujours de leur donner confiance, de les rassurer, d'instaurer un climat"*. Le premier infirmier (IDE 1) ajoute *"il y a aussi l'aspect relationnel de s'occuper, des gestes et des mots, je pense que ça aide pour que les parents soit en confiance dans cette relation triangulaire"*

L'accompagnement soignant se traduit selon les infirmiers par écouter et prendre en compte les besoins des parents. Pour cela, l'IDE 2 explique que *"ça va se faire à travers des soins, des discussions, s'intéresser à eux (comment ils gèrent la vie familiale, s' il y a des aînés,...)"* mais également *"les obliger à rien et les rassurer, discuter avec eux et toujours leur dire que leur présence est très importante."* En ce qui concerne l'IDE 3, elle me décrit que les parents sont souvent inquiets par rapport à l'hospitalisation de leur enfant. Alors elle détaille l'importance d'être prête et disponible lorsque l'enfant arrive dans le service. *"Je vais pouvoir rester avec eux,*

discuter, leur expliquer le déroulement du service, leur dire de nous appeler si besoin". Elle souligne la nécessité *"d'être disponible et leur apporter des réponses"*.

Aussi à travers les entretiens, les infirmières mettent en avant la nécessité de s'adapter aux parents. L'IDE 3 explique qu'il faut *"prendre en compte le vécu des parents"*. En effet, elle raconte que souvent les mamans ont accouché récemment et sont fatiguées, mais également que certains parents ont eu des mauvaises expériences à l'hôpital. Alors, *"il faut savoir s'adapter au rythme de l'enfant mais également au rythme des parents."* affirme-t-elle. Elle ajoute qu'il faut *"connaître leur état d'esprit pour pouvoir adapter nos soins et pouvoir faire avec eux."* L'IDE 2 conclut en disant : *"on crée une équipe avec les parents."*

Enfin, lors du deuxième entretien, l'IDE 2 évoque l'équipe pluriprofessionnelle comme une ressource essentielle pour instaurer cette relation de confiance avec les parents. Selon elle, la création de l'alliance thérapeutique entre l'infirmier et les parents, est tout d'abord une démarche du soignant *"c'est à nous, je pense, d'instaurer ça"*. Mais elle ajoute l'importance de l'équipe pluriprofessionnelle pour continuer à créer un lien de confiance avec les parents. *"Le travail d'équipe y fait beaucoup"* admet t-elle. De part son expérience et son vécu, elle raconte *"c'est tout le travail d'équipe qu'on va faire ensemble qui va permettre d'accompagner au mieux les parents."* *"Les parents voient qu'il y a une continuité et le même objectif entre chaque soignant"* conclut-t-elle.

5. La discussion

Dans cette partie du mémoire, j'apporterai une vision globale de mon travail de recherche en confrontant le point de vue des infirmières et infirmiers interrogés avec les ressources apportées dans mon cadre conceptuel ainsi que mon point de vue personnel à la suite de mes recherches et de mon expérience en stage.

5.1. L'accompagnement infirmier auprès du nourrisson

Lors des entretiens, ce qui est ressorti sur l'accompagnement infirmier du nourrisson est l'adaptation à son développement, son mode de vie et ses besoins. Les infirmiers adaptent leurs prises en soin en fonction du nourrisson : en regroupant les soins, privilégient leur sommeil, s'adaptent à leur rythme... Les propos des infirmier(e)s rejoignent ceux des auteurs comme Hellier Eloise. Cette dernière cite "les équipes soignantes doivent ainsi mobiliser tout particulièrement leurs compétences d'adaptation". Je rejoins l'auteur sur ce point de vue. Selon moi, les infirmières doivent avant tout connaître le développement psychomoteur du nourrisson pour pouvoir assurer une prise en charge adaptée.

Une autre concordance entre les réponses des infirmiers et les auteurs est la distraction dans le soin. En effet, la distraction est utilisée par les soignants pour aborder un soin. L'article canadien de pédiatrie évoque l'utilisation de stratégies de distraction pour réduire la douleur et l'anxiété du nourrisson. Les infirmier(e)s détaillent des distractions possibles mais celle qui est revenue le plus souvent est d'avoir la présence des parents pendant le soin pour distraire et rassurer l'enfant.

Au-delà de ça, je rejoins le point de vue des infirmier(e)s sur la prise en charge qui sera plus "physique". C'est-à-dire on va plus porter l'enfant, le prendre dans les bras pour le rassurer,...

Par ailleurs, je m'attendais à ce que les infirmiers évoquent l'utilisation de gestes doux ainsi qu'une voix calme et douce dans leurs prises en charge du nourrisson. Selon moi, il me paraît essentiel d'adapter notre attitude et notre vocabulaire avec les nourrissons comme l'expliquait l'article Pédiadol.

5.2. Accompagner le nourrisson c'est également accompagner les parents

Ce qui ressort de mes entretiens et des notions des auteurs est l'importance de l'accompagnement de la famille et notamment des parents du nourrisson dans les services de pédiatrie. En effet, les soignants, avec qui je suis en accord, soulignent la nécessité d'une relation de confiance avec les parents. Pour cela, les auteurs et soignants mettent en avant l'importance

d'être présent, d'écouter et prendre en compte les besoins des parents. Ces besoins d'explications, d'informations, de présence et de disponibilités ont été mis en évidence par les auteurs et abordés par les soignants lors des entretiens.

Aussi, je suis d'accord avec les propos de l'IDE 2 expliquant *"qu'on crée une équipe avec les parents"*. C'est selon moi, le but recherché pour créer une alliance thérapeutique avec les parents. L'infirmière va donner un rôle aux parents dans l'hospitalisation de leur enfant. A mon sens, cette alliance thérapeutique est possible si une relation de confiance a été pré-établie entre le soignant et les parents.

De plus, j'ai constaté lors des entretiens, qu'une des ressources des infirmiers pour instaurer une relation de confiance avec les parents est l'équipe. En effet, à elle seule l'infirmière peut instaurer une relation de confiance mais l'ensemble de l'équipe soignante est indispensable pour continuer à créer ce lien auprès des parents. De mon point de vue, les transmissions, la continuité des soins, la communication entre les membres de l'équipe soignante sont autant d'éléments permettant aux parents d'être rassurés et en confiance par rapport à l'hospitalisation de leur enfant.

5.3. La présence des parents lors du soin : une ressource à la fois pour le nourrisson, pour les parents et pour le soignant

Je me suis intéressée aux bénéfices de la présence des parents lors des soins. Tout d'abord le bénéfice sera sur l'enfant. La présence de ses parents est un repère pour lui, un climat rassurant qui lui permet d'être en confiance dans un environnement qui lui est inconnu. En effet, dans un contexte d'hospitalisation, ses parents sont son seul repère stable. Il reconnaît l'odeur, la voix et les visages de ses parents. Il me semble alors important de privilégier leur présence lors du soin, pour qu'il puisse être rassuré et réconforté. Pour les infirmiers interrogés, la présence des parents joue sur le bonheur de l'enfant.

Aussi, l'IDE 3 raconte que souvent l'infirmier donne le rôle aux parents de distraire l'enfant pendant le soin. Je trouve cette solution intéressante car le nourrisson regarde ses parents. Cela peut le rassurer de voir des visages qu'il connaît. Et en ce qui concerne les parents, ces derniers se concentrent sur le nourrisson et non pas sur le soin qui lui est fait.

Il y a également un bénéfice pour les parents d'être présents lors des soins infirmiers. En effet, les auteurs et soignants ont recueilli des témoignages de parents évoquant leur impression d'impuissance lors de l'hospitalisation de leur enfant. L'auteur Eloise Hellier met en avant l'impression des parents *"d'abandonner leur enfant aux médecins et aux infirmières."* Pour éviter

ce sentiment, je rejoins l'avis des soignants interrogés qui expliquent aux parents l'intérêt de leur présence et les rassurent sur les bienfaits pour leur enfant d'être présent.

Aussi, leur présence est également bénéfique car les parents comprennent les soins effectués et l'utilité du soin. C'est un aspect important à la création de la confiance dans la relation.

Par ailleurs, les infirmiers soulignent que la présence des parents et leur investissement dans la prise en soin de leur enfant est une aide précieuse pour les soignants. Il est vrai que lors de mon stage en réanimation pédiatrique, j'ai pu recueillir des renseignements importants de la part des parents sur l'état de santé du nourrisson, des évolutions observées au fur et à mesure de l'hospitalisation, et ils connaissent également leur nourrisson et seront en capacité de dire lorsqu'ils repèrent quelque chose d'anormal.

5.5. Intégrer les parents aux soins

Ensuite, j'ai voulu comprendre comment les infirmier(e)s intègrent les parents dans les soins ainsi que leurs méthodes et ce qu'ils peuvent mettre en place pour faciliter l'intégration des parents. Plusieurs notions ont été abordées par les soignants. Par exemple, l'IDE 3 explique qu'elle laisse les parents installer le nourrisson sur eux ou dans leurs bras pour le soin. Les enfants sont plus calmes et rassurés dans les bras de leurs parents. De plus, les trois soignants ainsi que les auteurs se rejoignent sur l'intérêt de la communication. Les soignants évoquent des discussions autour de l'hospitalisation de leur enfant mais pas seulement. En effet, l'IDE 2 expliquait que "parler de tout et de rien" permet de lier un contact avec les parents.

Suite à cela, je ne m'attendais pas à ce que les infirmiers et notamment l'IDE 2 évoquent l'utilisation de l'humour pour instaurer une relation avec les parents. Je pense que chaque soignant à une façon différente d'intégrer les parents dans la relation triangulaire avec le nourrisson. Personnellement, pour toute relation humaine je pense qu'il faut savoir trouver un juste milieu dans notre communication avec les parents, c'est-à-dire savoir écouter, comprendre, conseiller mais l'humour peut tout à fait être utilisé lorsque l'occasion se présente et si les parents sont réceptifs. Cela rend la relation authentique.

5.6. Face à la présence des parents, des difficultés rencontrées

Aussi, j'ai pu remarquer que ce qui est commun à chaque infirmier interrogé est de prendre en compte les limites des parents. Selon moi, lorsque l'infirmière propose aux parents de participer aux soins, elle doit être en capacité de reconnaître lorsque le parent n'a pas envie ou n'est pas à l'aise avec les soins. Il faut savoir s'adapter aussi bien à l'enfant qu'aux parents, prendre le temps et avancer à leur rythme.

De mon point de vue, la complexité de la prise en charge du nourrisson est de réussir à s'adapter aussi bien à l'enfant qu'aux parents. Etre en mesure de s'adapter au développement et au besoin du nourrisson mais également prendre en compte les inquiétudes, angoisses et difficultés des parents. Réussir à s'adapter tant au rythme de l'enfant qu'au rythme des parents est un challenge pour les soignants.

L'expérience professionnelle des soignants semble être un atout pour faire face à la complexité de la prise en charge. En effet, lors des entretiens, les infirmiers évoquent qu'avec l'expérience, la prise en charge du nourrisson et de son entourage est plus facile. Ils ont davantage de solutions et de connaissances pour intégrer les parents aux soins et la relation de confiance entre l'infirmier et les parents s'instaurent plus rapidement.

Pour ma part, lors de mon stage en réanimation pédiatrique j'ai eu des difficultés à instaurer une relation avec les parents notamment à cause de la posture d'étudiante et mon manque d'expérience. Je ne me sentais pas assez à l'aise pour conseiller les parents, leur apporter des réponses à leurs questions. Il m'a fallu du temps pour rentrer en relation avec les parents et les inclure dans les soins. En effet, en raison de la technicité du service, les connaissances sont un plus pour lier une relation de confiance avec les parents. Aussi, les parents peuvent apercevoir le stress et l'angoisse du soignant, ce qui va mettre en difficulté la confiance accordée par les parents. Avec le temps, je pense que l'on arrive à gérer ses émotions devant les parents pour pouvoir les rassurer.

En outre, notre attitude envers le nourrisson se reflète aussi sur la confiance qui va nous être accordée par les parents. Effectivement, je rejoins le point de vue de l'IDE 1 qui dit que la manière de s'occuper de l'enfant, être minutieux et vouloir le bien-être de l'enfant sont les attentes des parents. Si leurs attentes sont satisfaites, la relation entre le soignant et les parents sera instaurée. Aussi, ma situation de départ avait fait émerger une question sur le droit de l'infirmière à demander aux parents de sortir de la chambre et de ne pas assister aux soins. J'ai pu questionner les infirmiers sur cette question. Je vais évoquer cela parmi une des difficultés du soignant à se positionner sur la présence des parents lors de certains soins. En effet, en parlant aux soignants, je comprends que dans la législation, l'infirmière ne peut pas exiger aux parents de sortir de la

chambre s'ils souhaitent rester. Aussi, je suis d'accord avec l'IDE 1 et 3, les parents peuvent toujours assister aux soins et c'est un bénéfice s'ils y assistent. Cependant, l'infirmière peut conseiller aux parents de sortir pour des soins très stériles ou compliqués comme la ponction lombaire explique l'IDE 3. Je comprends aussi l'avis de l'IDE 2 pour qui les soins très stériles peuvent être plus faciles à réaliser si les parents ne sont pas présents. La réaction de l'infirmière dans ma situation de départ fait référence à ce qu'explique l'IDE 2. Elle voulait réaliser le soin stérile avant que les parents soient là, pour pouvoir me laisser faire ce soin technique sans le stress et le regard des parents sur le soin.

En arrivant à la fin de mon travail de recherche, je réalise que dans ma situation décrite, la présence des parents n'aurait pas été un élément stressant pour moi, si on leur avait plus expliqué le rôle qu'ils pouvaient prendre dans le soin et leurs assurer que leur présence est rassurante pour l'enfant pendant le soin et après le soin. En effet, l'effet anesthésiant de la Kétamine se dissipera peu de temps après le soin, il me paraît donc important que les parents puissent être présents pour apaiser et rassurer le nourrisson à son réveil.

Pour conclure cette discussion, je dirais que l'accompagnement du nourrisson et des parents est différente et propre à chaque infirmier. Notre attitude, nos gestes et notre parole envers le nourrisson doivent être calmes, doux et rassurants. Aussi, en tant que future professionnelle de santé, j'accorderais une place importante aux parents de l'enfant dans ma prise en charge. Notre rôle en tant que soignant est de conserver la relation entre le nourrisson et ses parents durant l'hospitalisation mais également de privilégier leur présence au maximum et notamment lors des soins. En effet, le nourrisson a d'autant plus besoin d'avoir ses parents à ses côtés lors des soins. Alors, la communication est essentielle selon moi pour créer la relation triangulaire avec les parents et le nourrisson. Il me semble important de communiquer avec les parents sur leur volonté ou non d'être présent et de participer aux soins. Si les parents sont stressés ou angoissés, cela va se répercuter sur l'enfant et sur le soin effectué. Il n'y aurait pas forcément le bénéfice attendu de leur présence. Néanmoins, lorsqu'on explique aux parents le rôle qu'ils peuvent prendre et qu'on les implique dans le soin, les parents peuvent être une réelle source de réconfort pour l'enfant. Le bien-être de l'enfant passe par le bien-être des parents.

Alors, je pense qu'il faut vouloir "créer une équipe" avec les parents pour assurer le bien être de l'enfant.

L'accompagnement infirmier nécessite également d'être disponible, prendre le temps d'écouter, rassurer et d'expliquer aux parents le déroulé du soin et de l'hospitalisation.

Les valeurs qui nous définissent et celles apprises pendant la formation telles que la bienveillance, l'empathie et le respect permettent de mettre en pratique cet accompagnement auprès du nourrisson et des parents. Cependant, je pense que la confiance instaurée avec les parents dépend également de notre expérience professionnelle.

Cela m'amène donc à poser la question de recherche suivante : "En quoi la posture de l'infirmière et son expérience professionnelle aident-elle dans la création de la relation de confiance avec les parents de l'enfant ?"

Conclusion

La rédaction de ce travail de recherche a permis de mettre en lumière la relation et l'accompagnement infirmier en pédiatrie et d'obtenir des réponses sur notre posture professionnelle soignante avec l'enfant et ses parents.

La situation d'appel lors de mon expérience en stage en pédiatrie, m'a mené à un certain nombre de questionnements et notamment à ma question de départ : **En quoi la présence des parents influence-t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?**

Ce mémoire répond à cette question en développant mes connaissances sur l'importance des parents pour le bien-être de l'enfant. Ensuite, j'ai approfondi mon travail sur l'accompagnement infirmier auprès du nourrisson mais également de ses parents et bien-sûr la relation triangulaire singulière entre l'infirmier, le nourrisson et les parents.

Étant animé par le désir de travailler dans un service de pédiatrie à la suite de mes études, ce sujet de recherche m'a permis d'en connaître davantage sur les besoins du nourrisson hospitalisé, ainsi que les besoins des parents. Aussi, ce travail met en avant le rôle primordial de l'infirmière à intégrer les parents dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé. Cela inclut également de favoriser leur présence et leur participation lors des soins.

De part les recherches auprès d'auteurs et d'entretiens avec des infirmiers exerçant en pédiatrie, j'ai argumenté les bénéfices de la présence des parents lors des soins. Néanmoins, j'ai évoqué certaines difficultés de leur présence pouvant être rencontrées par les soignants. Cela me permettra en tant que future infirmière, d'appréhender ses difficultés et ainsi trouver des solutions pour que chacun trouve sa place dans ce trio.

Après plusieurs mois de réflexion autour de ce sujet, ma vision de celle-ci à évolué tout au long et a permis de remettre en question ma pratique. Ce thème a aussi fait resurgir un événement lors de mon stage en réanimation pédiatrique que j'aimerais aborder en ouverture de mon mémoire. En effet, j'ai participé à la réanimation d'un nourrisson en réanimation pédiatrique. La réanimation à duré un long moment et nous étions beaucoup de professionnels de santé dans la chambre de cet enfant. Puis le médecin à autorisé les parents à rester à l'entrée de la chambre pour assister à la réanimation du nourrisson. Ils sont restés quelques instant observés les professionnels de santé

agissant pour réanimer leur enfant. On pourrait alors élargir le sujet de recherche par l'impact sur le deuil parental lorsque les parents assistent à la réanimation de leur enfant.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Thibaut-Wanquet P. (2008), *Les aidants naturels auprès de l'adulte à l'hôpital : La place des proches dans la relation de soins*, Masson

Thibault, P. (2015). *L'enfant hospitalisé: travailler avec la famille et l'entourage*. Elsevier Masson

David, M. (2013). *L'enfant de 0 à 2 ans: vie affective et problèmes familiaux*. Dunod.

Diné, L. (1991). *Soigner les tout-petits hospitalisés: soignante dans un service de nourrissons*. Bayard.

Durand, K. (2005). *Le développement psychologique du bébé (0-2 ans)*. Dunod

Gauthier, Y., Fortin, G., & Jéliu, G. (2009). *L'attachement, un départ pour la vie*. Éditions du CHU Sainte-Justine.

Guillotte, A. (2010). *Le bébé et ses parents: 0 à 18 mois*. Chronique Sociale

Sabbah, L. (2015). *Méga guide stages IFSI: tous les services de soins et le rôle infirmier*. Elsevier Masson.

Monié, B., Chapelle, F., Rusinek, S., & Poinot, R. (2018). *Thérapies comportementales et cognitives: en 37 notions*. Dunod.

Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: vocabulaire professionnel de la relation soignant-soigné*. Setes.

Stoleru, S., & Lebovici, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste: les interactions précoces*. Bayard.

Articles :

Devoldère, C. (2012, December 7). *Soignants, parents : une place pour chacun*. *Pediadol*. Retrieved March 12, 2022, from https://pediadol.org/wp-content/uploads/2012/12/U2012_soignants_parents.pdf

Hellier Eloise. (2009, aout). *Adapter sa communication à l'enfant ou à l'adolescent hospitalisé*. *Soins pédiatrie-puériculture*, 249, 23-24

Gounin, C. (2016, février). *Accompagner la famille d'un enfant hospitalisé*. Elsevier Masson, 174.

Esmiol, M. (2016, aout). *Présence des parents dans la réanimation de l'enfant, revue de littérature*. Revue francophone Internationale de Recherche infirmière, 197-205. Elsevier Masson

Sites internet :

nourrisson - LAROUSSE. (n.d.). Larousse. Retrieved January 8, 2022, from <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/nourrisson/14840>

Nourrisson — Wikipédia. (n.d.). Wikipédia. Retrieved January 8, 2022, from <https://fr.wikipedia.org/wiki/Nourrisson>

développement de l'enfant - LAROUSSE. (n.d.). Larousse. Retrieved January 8, 2022, from https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9veloppement_de_lenfant/1249

Définitions : relations - Dictionnaire de français Larousse. (n.d.). Larousse. Retrieved February 19, 2022, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845>

Fischer, G. N. (1999, mars). le concept de relation en psychologie sociale. *recherche en soins infirmiers*, 56, 4. Retrieved février 19, 2022, from <https://lapetitecordee.files.wordpress.com/2019/01/relation-definition.pdf>

La douleur chez l'enfant. (n.d.). Naître et grandir. Retrieved March 15, 2022, from <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/douleur-enfant/>

La gestion de la douleur et de l'anxiété chez les enfants lors de brèves interventions diagnostiques et thérapeutiques | Société canadienne de pédiatrie. (2019, November 1). Canadian Paediatric Society. Retrieved February 5, 2022, from <https://cps.ca/fr/documents/position/la-gestion-de-la-douleur-et-de-lanxiete>

Le concept de relation en psychologie sociale. (n.d.). WordPress.com. Retrieved February 19, 2022, from <https://lapetitecordee.files.wordpress.com/2019/01/relation-definition.pdf>

Levy, E. (2016, February 10). *Petite enfance: du langage corporel à la communication verbale* – Gynger. Gynger. Retrieved March 20, 2022, from <https://www.gynger.fr/petite-enfance-du-langage-corporel-a-la-communication-verbale/>

La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé - Hôpital Trousseau AP-HP. (n.d.). Trousseau. Retrieved April 15, 2022, from <http://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/>

la place de la famille dans le projet de soin et de vie de l'enfant hospitalisé en réanimation pédiatrique, colloque infirmier, St étienne, 2012, from <https://www.arfi-saint-etienne.fr/uploaded/placefamille.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Retranscription d'entretien

Annexe III : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Guide d'entretien

Présentation

Bonjour, je m'appelle Clara Morisseau. Je suis étudiante en 3ème année d'école d'infirmière. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire sur le thème de l'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent. Ma problématique est : en quoi la présence des parents influence-t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?

De ce fait, j'aimerais vous poser quelques questions. Pour pouvoir analyser vos réponses, est-il possible d'enregistrer la discussion ? Cela se fait de manière anonyme, votre identité ne sera pas dévoilée. L'entretien va m'aider dans mon analyse de mon mémoire.

Objectifs d'entretien

- comprendre la spécificité de la prise en charge du nourrisson
- comprendre l'entrée en relation avec l'enfant lors du soin
- comprendre l'entrée en relation avec les parents de l'enfant
- comprendre comment intégrer les parents dans les soins, les ressources disponibles pour les intégrer
- comprendre la création de la relation triangulaire parent/ enfant/ soignant
- repérer les limites de la participation parentale lors du soin de l'enfant

- Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmière ?
- Depuis combien de temps dans le service ?
- Pourquoi avoir choisi de travailler en pédiatrie ? dans ce service ?
- En quoi la prise en soin des nourrissons diffère-t-elle de celle des adultes ?
- Quelles sont les particularités de la prise en soins des nourrissons aux premiers mois de vie (3-4 mois) ?

Question de relance : Est ce que vous abordez les soins différemment ?

- De quelle manière les parents participent-ils aux soins ?

Question de relance : Que signifie pour vous la présence des parents dans les soins : participe-t-il aux soins ou ils assistent ?

- Il y a-t'il des limites ?
- Quels sont les bénéfices à laisser les parents assister aux soins ?
- Dans quelle mesure vous vous permettez de demander aux parents de ne pas assister aux soins ?

- Comment intégrer les parents dans le soin ?
- Dans quelle mesure la relation triangulaire et l'alliance thérapeutique avec les parents s'instaurent ?

Conclusion

Merci d'avoir consacré du temps pour mon entretien et d'avoir répondu à toutes mes questions. Vos réponses vont m'être d'une grande aide pour mon analyse.

Annexe II : Retranscription des entretiens

Retranscription entretien n°1 : IDE 1

ESI : Bonjour, je m'appelle Clara Morisseau. Je suis étudiante en 3eme année d'école d'infirmière. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire sur le thème de l'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent. Ma problématique est : en quoi la présence des parents influence t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?

De ce fait, j'aimerais vous poser quelques questions. Pour pouvoir analyser vos réponses, est-il possible d'enregistrer la discussion ? Cela se fait de manière anonyme, votre identité ne sera pas dévoilée.

L'entretien va m'aider dans mon analyse de mon mémoire mais ce sera fait de manière anonyme, je ne citerais pas votre nom ni le service ou vous travaillez.

Ma première question est depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier ?

IDE 1 : Je suis infirmier depuis juillet 2012.

ESI : Depuis combien de temps dans le service ?

IDE 1 : Ça fait 6 ans, j'ai commencé en mars 2016.

ESI : Pourquoi avoir choisi de travailler en pédiatrie ? dans ce service ?

IDE 1 : En pédiatrie, c'est une fibre que j'ai depuis que je sais que je veux travailler. En fait, je voulais être infirmier en pédiatrie avant d'être infirmier. C'est lors d'un stage de 3eme, que j'ai rencontré des puéricultrices dans un centre de rééducation qui m'ont donné envie de faire ce métier la. J'ai gardé ce projet en tête dès mon entrée à l'ifsi et que j'ai poursuivi dans la foulée.

La réanimation ça été un concours de circonstances, je me suis rendu compte en stage infirmier en soins intensifs que le milieu du soin critique m'intéressait mais initialement j'étais plus orienté vers l'oncologie pédiatrique et quand j'ai voulu quitter le travail dans lequel j'étais titularisé à l'hôpital, j'ai fait des stages en oncologie pédiatrique et en réanimation pédiatrique, et c'est la réanimation pédiatrique qui m'a le plus intéressé

ESI : En quoi la prise en soin des nourrissons diffère-t-elle de celle des adultes ?

IDE 1 : Le facteur principal entre un adulte et un nourrisson, c'est l'absence de retenue et de distance qui peut y avoir dans le soin. Nous en tant qu'adulte, on va avoir des filtres. On ne va pas s'exprimer naturellement, on va avoir soit tendance à extrapoler une douleur ou la retenir, soit constamment dans le secret pour ne pas se dévoiler. Alors qu'un enfant, il a mal, il a mal, il est pas bien, il est pas bien et ça se voit tout de suite, il n'y a pas cette distance là. Moi je trouve que dans le soin c'est très agréable de se rendre compte tout de suite que ce qu'on fait lui plaît ou lui déplaît. Pour moi c'est ce qui diffère le plus. Après, il y a tout ce qui concerne le jeu, qui moi me plaît car on peut faire du soin et du jeu. C'est facile avec les enfants. La distraction avec les enfants est plus facile. En fait la non compréhension de l'enfant sur ce qu'on va lui faire, rend les choses simples quand tu veux détourner son attention sur autre chose.

ESI : Quelles sont les particularités de la prise en soins des nourrissons aux premiers mois de vie (3-4 mois) ?

IDE 1 : Physiologiquement, il y a énormément de choses qui changent. Autant un enfant passé un an, on pourrait dire que c'est un petit adulte. Un nourrisson de moins d'un an, c'est pas juste un petit adulte. Il y a plein de choses qui changent dans sa physiologie. Et dans le soin, on s'adapte à ça. Par exemple, dans la prise en charge de la douleur, il y a des choses faciles qui peuvent être mises en place notamment par l'action de succion, ou du sucre. Dans l'accompagnement de l'enfant, on va moins être dans l'accompagnement oral mais plutôt dans une prise en charge physique (porter l'enfant, le cocooner). Alors, qu'un enfant passé 1 an, tu vas plutôt être dans l'explication des choses, lui raconter des histoires.

ESI : De quelle manière les parents participent-ils aux soins ?

IDE 1 : Si on cible, les nourrissons de 0 à 6 mois, pour moi un enfant même à l'hôpital, ce dont il a le plus besoin c'est de ses parents. Donc la prise en charge physique sera forcément mieux faite par les parents que par le soignant. Même la prise en charge orale, va être aussi plus importante

parce que les odeurs, la voix de ces parents, le contact de ces parents, il le connaît. Forcément, ça va être beaucoup plus simple d'appréhender un soin pour ma part, si les parents sont là. Et si les parents se sentent capable de rester. C'est quelque chose que je vais privilégier pour le bonheur de l'enfant.

ESI : Que signifie pour vous la présence des parents dans les soins : participe t'il aux soins ou ils assistent ?

IDE 1 : Pour moi, c'est plus bénéfique que les parents participent aux soins notamment dans la prise en charge de l'accompagnement, de la douleur etc pour l'enfant. Le parent peut aussi être dans la chambre mais à mon sens, il y aura moins de bénéfices même s'il y en a toujours. L'intérêt d'avoir un parent dans la chambre lors d'un soin, est pour moi plus psychologique pour les parents que bénéfiques à court terme pour l'enfant. De part le fait qu'on voit ce qu'on fait, qu'il ne soit pas dans l'inconnu de ce qu'il a été fait quand il est pas là. Après faut aussi que les parents s'en sentent capables et ne s'en sentent pas forcé. Il y a des parents qui ne souhaitent pas le faire et il ne faut pas insister. Il faut que la démarche soit commune, sinon l'inverse va se produire : les parents vont être dans le dégoût du soin.

ESI : Il y a t'il des limites ?

IDE 1 : La première limite, c'est l'acceptation au fait qu'il participe. La deuxième, ce serait des parents qui sont inadaptés ou dangereux pour leurs enfants. Mis à part ça, je vois peu de limites.

ESI : Quels sont les bénéfices à laisser les parents assister aux soins ?

IDE 1 : Le bénéfice est sur l'enfant, le traumatisme moins important de l'enfant aux soins. Le deuxième, il est psychologique sur les parents. Pour moi on a rien à cacher aux parents, à partir du moment où les gens sont en accord pour voir, rester et comprendre. C'est bénéfique car les parents comprennent ce qu'on fait et on s'imagine toujours plus grave que ce qu'est la réalité, par exemple quand on fait sortir des gens de la pièce, il s'imagine forcément des trucs horribles alors que des fois c'est peu de choses.

ESI : Dans quelle mesure vous vous permettez de demander aux parents de ne pas assister aux soins ?

IDE 1 : Pour moi, les parents peuvent toujours assister aux soins et être dans la chambre s'ils le souhaitent. Je pense qu'on a rien à cacher aux parents.

ESI : Comment intégrer les parents dans le soin ?

IDE 1 : Une des techniques les plus simples lors d'un soin invasif et douloureux, c'est d'utiliser les parents comme accompagnateurs et comme maintien de la tétine, le doigt dans la bouche pour faire téter l'enfant, pouvant aller jusqu'à l'administration de sucre (seringue de glucose, biberon, ou allaitement maternel). En lien avec ça, il y a tout un discours autour du soin, qui va amener l'enfant à être plus apaisé.

ESI : dans quelle mesure la relation triangulaire et l'alliance thérapeutique avec les parents s'instaurent ?

IDE 1 : J'ai la sensation que les parents voient quand on s'occupe correctement de leurs enfants. Ils n'ont pas besoin de beaucoup plus en fait. Après tous les soignants sont différents, il y en a qui parlent plus, d'autres moins. Moi je ne suis pas sûre d'être quelqu'un qui parle beaucoup avec les parents mais on voit quand les gens savent faire même si c'est quelque chose que tu comprends pas. Les parents voient quand on est à l'aise ou pas à l'aise avec ce qu'on fait avec leurs enfants. A partir du moment où ils sentent qu'on est à l'aise et qu'ils sont en confiance par rapport à ça, c'est plus simple. Je pense que l'expérience professionnelle joue énormément dans la relation de confiance avec les parents. Une infirmière qui vient d'arriver va avoir plus de difficulté à gagner la confiance des parents mais c'est assez naturel. C'est ce qu'on recherche tous quand on souhaite que quelqu'un travaille pour nous, c'est quelqu'un qui a de l'expérience et qui sait travailler. Et puis, on est plus à l'aise à expliquer les choses quand l'expérience arrive.

Après il y a aussi l'aspect relationnel de s'occuper, des gestes et des mots, je pense que ça aide pour que les parents soient en confiance dans cette relation triangulaire. Pour moi, ça reste de la fibre pédiatrique.

Retranscription entretien n°2 : IDE 2

ESI : Bonjour, je m'appelle Clara Morisseau. Je suis étudiante en 3ème année d'école d'infirmière. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire sur le thème de l'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent. Ma problématique est : en quoi la présence des parents influence-t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?

De ce fait, j'aimerais vous poser quelques questions. Pour pouvoir analyser vos réponses, est-il possible d'enregistrer la discussion ? Cela se fait de manière anonyme, votre identité ne sera pas dévoilée.

L'entretien va m'aider dans mon analyse de mon mémoire mais ce sera fait de manière anonyme, je ne citerais pas votre nom ni le service ou vous travaillez ?

Ma première question est depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier ?

IDE 2 : J'ai été diplômée en juillet 2017. Ça va faire 4 ans et demi.

ESI : Depuis combien de temps dans le service ?

IDE 2 : C'est mon premier poste donc j'y suis depuis 4 ans et demi.

ESI : Pourquoi avoir choisi de travailler en pédiatrie ? dans ce service ?

IDE 2 : J'ai toujours été attiré par la pédiatrie, même en démarrant la formation. Je trouvais que le rapport avec les enfants était plus facile qu'avec les adultes. N'ayant pas d'expériences, je me suis demandé si ça allait me plaire et au fil des stages avec les enfants j'ai préféré. Ils ont ce côté innocent que j'aimais bien. Alors que quand tu arrives dans le milieu hospitalier, médical adultes c'est très protocolisé.

La réanimation n'était pas forcément un projet de base, mais pareil c'est lors d'un stage que j'ai appris à aimer la réanimation pédiatrique. J'ai adoré les soins techniques et le relationnel avec les enfants.

ESI : En quoi la prise en soin des nourrissons diffère-t-elle de celle des adultes ?

IDE 2 : Déjà ils ne s'expriment pas. Donc ce qui est plus facile avec les adultes c'est qu'il va dire s' il a mal, etc. Alors que l'enfant c'est un peu au réaction, donc c'est là qu'on fait entrer en jeu les parents. Moi ça m'arrive pour évaluer plein de choses (comme la douleur, ou comment ils sentent, etc) on va se référer aux parents. "Est ce que vous savez pourquoi ils pleurent : est ce qu'il à faim ? est-ce qu'il a mal ?" Nous avec l'expérience on a l'habitude de voir des enfants avec des réactions différentes.

Donc c'est surtout le fait qu'il puissent pas verbaliser comme des adultes. Nous on doit chercher tous les autres sens "est ce qu'il est agité ? Est ce qu'il fronce les sourcils ? etc"

ESI : Quelles sont les particularités de la prise en soins des nourrissons aux premiers mois de vie (3-4 mois) ?

IDE 2 : On essaye de s'adapter aux modes de vie et au développement du nourrisson. On essaye au maximum de respecter leurs rythmes, surtout quand ils ont quelques mois, j'attends qu'ils se réveillent.

Aussi, les nourrissons on va facilement les prendre dans les bras, pour les calmer, les endormir.

Il y a ce côté où on va forcément les prendre plus dans les bras. Aussi, on leur donne des biberons, des calins etc quand on prend le relais des parents pour que le nourrisson soit rassuré.

ESI : De quelle manière les parents participent-ils aux soins ?

IDE : Moi j'essaie au max de les faire participer à partir du moment où ils ont envie de le faire. Et ça va dépendre aussi de l'état de santé de l'enfant et de la gravité de la situation. A partir du moment où les parents sont demandeurs, même si l'état de santé de l'enfant est compliquée, si les parents veulent participer aux soins, moi je les inclue. Je les inclue pour les petits massages pour le côté réconfort, nettoyage des yeux, de la bouche. On ne va pas leur faire faire des soins techniques car c'est inutile de prendre des risques et on ne va pas mettre les parents en difficulté. Ils se sentent assez impuissant dans l'hospitalisation de leurs enfants donc j'essaie de les faire participer mais si ils veulent pas j'insiste jamais. Globalement c'est selon l'envie des parents et leurs investissements. Le but de les faire participer est de leur donner un peu de bonheur dans leur journée.

ESI : Il y a t'il des limites ?

IDE 2 : En réanimation pédiatrique, c'est quand l'enfant est très techniques on gère un petit peu et on visionne. On laisse faire aux parents les soins de massages, nettoyage etc. Mais la plus grande limite pour moi c'est quand l'enfant n'est pas stable. Je veux pas que les parents fassent et se disent "c'est moi qui l'est destabilisé". Ce qui doit être bénéfique au final ne va pas l'être.

Il faut qu'il reste parents et non qu'il dérive sur le rôle de soignant en faisant des soins techniques. Ce n'est pas leur rôle. On a moyen de leur faire participer autrement.

ESI : Quels sont les bénéfices à laisser les parents assister aux soins ?

IDE 2 : Ça les rassurent. Les bébés sont comme des éponges, ils sentent quand les parents sont stressés. Des fois, on voit la différence sur l'enfant quand les parents sont partis et quand les parents sont là. Quand les parents arrivent à prendre sur eux, à être avec nous et qu'ils rassurent leur enfant et s'en occupe ça se passe mieux. On leur dit vous vous occupez juste des petits câlins, papouilles et nous on gère le reste. Et puis, ils peuvent amener leurs odeurs sur un tissu etc.. C'est tout bête, mais pour un bébé c'est les sens qui vont se développer. Donc tout ça, ça aide les enfants à les rassurer. Et puis les parents, ça leur permet aussi de voir ce que l'on fait et ils se sentent utiles. Ils sont toujours utiles mais des fois on sent bien ils nous disent "on à l'impression qu'on peut plus rien faire, qu'on sait rien faire, qu'on s'en occupe pas" alors que si en fait juste la présence c'est hyper important et nous ça nous aide beaucoup. Moi quand il y a des parents ou ça se passe bien et que j'ai un soin pas forcément très agréable, je demande aux parents s'ils se sentent de rester et ils répondent "oui oui je reste, je fais les câlins, les papouilles et vous faites le truc pas agréable".

ESI : Dans quelle mesure vous vous permettez de demander aux parents de ne pas assister aux soins ?

IDE 2 : Les soins très stériles on leur demande de sortir mais en général ça se passe très bien quand on leur demande car ils comprennent que c'est des soins invasifs. Les soins très invasifs, douloureux et les soins stériles sont pour moi les principaux soins ou on demandent aux parents de sortir de la chambre.

ESI : Comment intégrer les parents dans le soin ?

IDE 2 : Moi j'aime bien l'humour mais il faut que les parents soient réceptifs. Mais en général, j'utilise l'humour quand c'est possible. Si les parents sont réceptifs à ton humour, ça détend un peu tout le monde. Tu vas discuter d'un petit peu de tout et de rien, et ça leur fait du bien aussi de parler d'autres choses que l'hospitalisation de leur enfant. Sinon c'est de beaucoup les rassurer, leur dire qu'on est présent mais tout en leur laissant leur espace. Des fois le silence, n'est pas forcément une mauvaise chose. Il faut aussi choisir le moment pour aborder une conversation avec les parents.

Sinon je dis souvent qu'on est une équipe (avec les parents) donc je leur demande s'ils veulent faire des soins. Il n'y a pas vraiment de méthodes pour les intégrer, mais il faut tenter et voir s'ils sont réceptifs.

L'expérience professionnelle joue aussi dans l'intégration des parents. Moi je vois la différence entre l'infirmière que j'étais à la sortie de mon diplôme et l'infirmière que je suis depuis 4 ans en

réanimation. C'est difficile quand tu es jeune infirmière d'instaurer cette relation car tu es déjà extrêmement stressée. Les parents ressentent énormément ton stress. Je pense que comment tu inclus les parents dans les soins dépend de ton expérience professionnelle.

Il faut prendre sur soi, pour ne pas montrer son stress devant les parents.

ESI : Dans quelle mesure la relation triangulaire et l'alliance thérapeutique avec les parents s'instaurent ?

IDE 2 : Les parents arrivent dans un endroit inconnu, dans le milieu médical. Donc je pense que c'est à nous d'ouvrir cette porte et d'initier ça. Souvent les parents sont surpris quand on leur demande s'ils veulent participer aux soins c'est " ah je peux ?". C'est à nous je pense d'instaurer ça avec toute l'équipe pluridisciplinaire. De leur faire comprendre que nous on est là pour soigner mais eux que leur rôle de parents ils l'ont toujours à l'hôpital. Ce n'est pas parce qu'on a passé les portes de l'hôpital, qu'ils doivent laisser leur enfant. Leur présence est extrêmement importante. On essaie toujours de leur donner confiance, de les rassurer, d'instaurer un climat. De part, le service très techniques, ils n'ont pas trop le choix de faire confiance mais nous on doit quand même accompagner cette confiance. Ça va se faire à travers des soins, des discussions, s'intéresser à eux (comment ils gèrent la vie familiale, s'il y a des aînés,...) Moi je leur dis toujours un câlin, ça vaut des antidouleurs. Les obliger à rien et les rassurer, discuter avec eux et toujours leur dire que leur présence est hyper importante. On crée une équipe avec les parents.

La relation de confiance est plus difficile à mettre en place quand les parents voient que tu es stressée.

Aussi, le travail en équipe, en binôme avec l'auxiliaire aide aussi beaucoup car pendant que nous on va faire le soin technique, l'auxiliaire va être très aidante avec les parents aussi. Moi ça m'est arrivé sur des soins un peu difficile, ou l'auxiliaire parle aux parents pour les rassurer. Donc le travail d'équipe y fait beaucoup. Même le travail d'équipe avec le médecin aussi, quand les parents voient qu'il y a une continuité, que le médecin vient dans la chambre et qu'on parle devant les parents. Ça aide à construire un climat de confiance aussi, quand on leur demande "est-ce que ça a répondu à toutes vos questions ?"

On instaure toute seule un climat de confiance ponctuellement sur un soin, ou sur une journée que tu vas passer avec les parents. Mais si l'enfant est hospitalisé plusieurs jours, t'es obligé d'avoir une continuité des soins. C'est tout le travail d'équipe qu'on va faire ensemble qui va permettre d'accompagner au mieux les parents.

Les parents nous demandent tout le temps "demain c'est pas vous ?". On dit non mais on dit qu'on va transmettre que vous venez à telle heure pour faire les soins et ça rythme aussi leur journée et

donc ils sont en confiance. Ils savent très bien que vers cette heure là, on va essayer de faire ça. Ils voient qu'il y a toujours une suite et le même objectifs entre chaque soignant.

Retranscription entretien n°3 : IDE 3

ESI : Bonjour, je m'appelle Clara Morisseau. Je suis étudiante en 3eme année d'école d'infirmière. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire sur le thème de l'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent. Ma problématique est : en quoi la présence des parents influence t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?

De ce fait, j'aimerais vous poser quelques questions. Pour pouvoir analyser vos réponses, est-il possible d'enregistrer la discussion ? Cela se fait de manière anonyme, votre identité ne sera pas dévoilée.

L'entretien va m'aider dans mon analyse de mon mémoire mais ce sera fait de manière anonyme, je ne citerais pas votre nom ni le service ou vous travaillez.

Ma première question est depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier ?

IDE 3 : Ça fait presque 5 ans que je suis diplômée. J'ai travaillé uniquement en pédiatrie depuis mon diplôme.

ESI : Depuis combien de temps dans le service ?

IDE 3 : Je travaille aux nourrissons depuis bientôt 4 ans. J'étais de jour avant et maintenant je suis de nuit.

ESI : Pourquoi avoir choisi de travailler en pédiatrie ? dans ce service ?

IDE 3 : J'ai voulu être infirmière pour travailler avec les enfants. Et puis, j'ai fait des stages en pédiatrie quand j'étais à l'école. J'ai fait un stage aux grands enfants et un stage en néonatalité et ça à confirmé mon choix. J'aime beaucoup la pédiatrie car on oublie un peu qu'il y a des maladies graves en face de nous, le contexte dans lequel on fait les soins est beaucoup plus détendu.

ESI : En quoi la prise en soin des nourrissons diffère-t-elle de celle des adultes ?

IDE 3 : Déjà on ne fait pas exactement les mêmes soins évidemment. Dans la prise en charge des nourrissons, la grosse différence c'est qu'on est pas tout seul. Le nourrisson et l'enfant en général a toujours un parent qui est là et qui fait partie intégrante de la prise en soin. C'est une partie importante à prendre en compte en tout cas. Le patient n'est pas tout seul. On a le patient et sa famille en l'occurrence ses parents.

ESI : Quelles sont les particularités de la prise en soins des nourrissons aux premiers mois de vie (3-4 mois) ?

IDE 3 : On fait attention à leur développement psychomoteur déjà. On essaye de respecter leur rythme. En essayant de regrouper les soins et de faire tout au moment où il se réveille. Ne pas perturber leur sommeil car c'est un élément très important pour le développement de l'enfant. Aussi, on ne va pas les même façon de faire les soins car il y a le soin et autour tout ce qui concerne la distraction, la gestion de la douleur si c'est un soin douloureux. On va faire attention à ce que l'enfant puisse avoir accès à des jeux, pouvoir avoir accès à des choses qui vont l'éveiller, le distraire. On met aussi aux parents à disposition des crayons, des livres, des jouets pour qu'il puisse avoir des activités pour qu'il puisse se développer correctement.

Sinon moi j'explique toujours les soins que ce soit un nourrisson ou un enfant plus âgé. Même s'ils comprennent pas forcément, j'explique toujours les choses et ce que je fais. On s'adapte aussi en fonction de ce qu'il comprend. On adapte les mots qu'on va utiliser en fonction de son niveau de compréhension. Des fois, on a des doudous, des poupons sur lesquelles on va montrer le soin qu'on va faire.

ESI : De quelle manière les parents participent-ils aux soins ?

IDE 3 : En général, les parents sont toujours là. Moi dans ma pratique, j'essaie au maximum qu'ils soient là, de les intégrer dans les soins. Il y a des choses qu'on laisse aux parents faire car c'est plus facile que ce soit le parent, par exemple : l'habiller, le réinstaller, etc. Ça va être plus facile pour les enfants que ce soit les parents qui fassent ça. Et puis ça intègre les parents, il faut que les parents soit intégrés. Il font partie de la sphère de l'enfant, du milieu dans lequel l'enfant grandit et se développe.

Après la plupart des autres soins, je demande toujours s'ils veulent rester ou pas. Ça peut aussi être dans l'installation, j'ai déjà posé des perfusions, fait des prises de sang à des bébés qui tète le sein de leur mère.

Quand les parents sont là, ils peuvent parler à l'enfant, le distraire, jouer avec lui, lui chanter des chansons, regarder des vidéos. Rien que leur présence est déjà une grande aide pour nous. Même pour nous, on peut s'appuyer sur eux car ils connaissent leur enfant et ils vont être capable de

nous dire ou il a mal, ce qui a marché la dernière fois etc... C'est vraiment une ressource pour nous.

ESI : Que signifie pour vous la présence des parents dans les soins : participe t'il aux soins ou ils assistent ?

IDE 3 : C'est toujours variable en fonction de la situation et des parents. Je pense quand même que le simple fait qu'il soit là, ça participe aux soins. En général, juste leur présence va aider et conditionner le soin pour qu'il se déroule bien. Même si c'est juste en parlant ça suffit et c'est déjà une grande participation. Ils sont un point de repère pour l'enfant.

ESI : Il y a t'il des limites ?

IDE 3 : Je dirai que la limite c'est comment se sent le parent. Ce qui fonctionne le mieux c'est que le parent soit calme et capable de se concentrer sur l'enfant. Ça arrive lorsqu'on fait un soin, le parent va regarder ce que nous on fait donc il faut leur expliquer avant que leur rôle n'est pas de regarder si nous on fait bien mais c'est de s'occuper de leur enfant. Des fois les parents vont regarder ce qu'on fait, nous disent des choses et donc ça nous déconcentre un peu dans ce qu'on fait. Ça peut nous mettre en difficulté et en situation de stress et ça peut avoir un impact énorme sur le soin qu'on est en train de faire et sur l'enfant. Moi je dirais que les limites, c'est si les parents sont trop anxieux ou trop stressés, si ils sont pas rassurant pour l'enfant, ça ne va pas nous aider et ça ne va pas aider l'enfant.

ESI : Quels sont les bénéfices à laisser les parents assister aux soins ?

IDE 3 : Ça donne un point de repère à l'enfant. L'enfant quand il est hospitalisé, il se retrouve dans un environnement qu'il ne connaît pas. On peut potentiellement l'emmener à le réveiller pour lui faire des soins, qui peuvent être douloureux. Il ne comprend pas forcément ce qui lui arrive. Le parent c'est un point de repère car c'est avec ses parents que l'enfant évolue et grandit. Donc c'est un point de repère. Le bénéfice ça va être ça, de rassurer l'enfant, d'être capable par des gestes, des mots, des explications, de le rassurer. Le but est que ça crée un climat rassurant pour l'enfant.

ESI : Dans quelle mesure vous vous permettez de demander aux parents de ne pas assister aux soins ?

IDE 3 : Il faut demander aux parents, il faut leur expliquer avant comment ça va se passer, s' il y a des soins qu'ils ne connaissent pas. Nous, quand ils arrivent dans notre service, s' ils sont passés par les urgences et c'est le cas la plupart du temps, ils ont déjà eu une prise de sang, une pose de perfusion donc ils ont déjà vu comment ça se déroule un peu. Mais il faut leur expliquer les soins avant et leur demander aussi comment ils se sentent, s' ils veulent rester ou pas. Des fois, il y a des parents qui restent dans la chambre mais qui restent à distance. Il faut voir avec eux comment ils se sentent et comment ils sont capables.

Après il y a certain soin par exemple la ponction lombaire, on fait sortir les parents car c'est pas du tout un soin confortable pour les enfants même si on met plein de moyens en œuvre pour que ce soit le moins douloureux possible. Si les parents sont là, ça peut mettre une pression aux soignants, aux médecins car c'est un geste qui est quand même compliqué pour les médecins. C'est un soin qui est quand même compliqué.

ESI : Comment intégrer les parents dans le soin ?

IDE 3 : On leur demande en fonction de l'âge de l'enfant ce qui à fonctionner avant. Est ce qu'il y a des distractions, des peluches, de la musique qu'il aime bien... Les parents peuvent à ce moment là, interagir avec l'enfant, lui montrer le doudou par exemple pendant que nous on fait le soin à côté. Ça peut être aussi que le parent tient l'enfant dans les bras. Par exemple, les aérosols, les enfants n'aiment pas ça donc souvent les parents les prennent contre eux et l'enfant finit par se calmer en étant dans les bras des parents. Après c'est principalement ça, sur la distraction, l'installation de l'enfant. Ça arrive aussi que lorsqu'on utilise du meopa c'est les parents qui tiennent le masque".

ESI : dans quelle mesure la relation triangulaire et l'alliance thérapeutique avec les parents s'instaurent ?

IDE 3 : C'est la relation de confiance. C'est ce qui est hyper important c'est la relation de confiance avec les parents, ça va passer par leur expliquer les choses, les informer, prendre le temps de réexpliquer. Moi je pense que ça passe aussi, par expliquer tous mes gestes et je les préviens. Au début de mon poste, je vois avec les parents s' il y a des ajustements à faire. S' il sent l'enfant douloureux, il ne faut pas du tout hésiter à m'appeler et ne pas attendre. Je récapitule un peu les soins qu'il y aura au cours de ma nuit. Aussi, il y a beaucoup de discussions, et c'est intéressant car les parents nous apportent des connaissances sur l'enfant et on arrive des fois à négocier. Il faut aussi savoir s'adapter au rythme de l'enfant mais également au rythme des parents. Ca arrive que les parents soient fatigués, les mamans sont sorties de la maternité il y a tout juste quelques

semaines... Donc c'est aussi prendre en compte leurs besoins , les écouter, connaître un peu leur état d'esprit pour pouvoir adapter nos soins et pouvoir faire avec eux. C'est chercher leur consentement. Il faut aussi prendre en compte le vécu des parents, soit par un contexte d'hospitalisation ou bien l'hôpital en lui-même. Il y a des parents qui n'aiment pas du tout les hôpitaux, qu'ils ont vécu des choses à l'hôpital traumatique. Tous les parents sont inquiets et ont peur donc il faut prendre ça en compte pour s'occuper au mieux de leur enfant. Etre disponible et leur apporter des réponses permet également d'établir la relation de confiance. Quand des enfants arrivent des urgences, pour moi c'est toujours très important d'être prête et disponible à ce moment-là. Je vais pouvoir rester avec eux, discuter, leur expliquer le déroulement du service, leur dire de nous appeler si besoin etc...

Annexe III : Tableaux d'analyses des entretiens

Thème	La spécificité de la prise en soin du nourrisson				
	<p>La distraction et le jeu</p> <p>IDE 1 : "tout ce qui concerne le jeu"</p> <p>IDE 1 : "La distraction avec les enfants est plus facile"</p> <p>IDE 3 : "On va faire attention à ce que l'enfant puisse avoir accès à des jeux, pouvoir avoir accès à des choses qui vont l'éveiller, le distraire."</p>	<p>La présence des parents</p> <p>IDE 2 : "on fait entrer en jeu les parents" " on va se référer aux parents"</p> <p>IDE 3 : " l'enfant en général a toujours un parent qui est là qui fait partie intégrante de la prise en soin partie importante à prendre en compte On a le patient</p>	<p>Adaptation à la physiologie de l'enfant</p> <p>IDE 1 : "Physiologiquement, il y a énormément de choses qui changent on s'adapte à sa physiologie"</p> <p>IDE 2 : "On essaye de s'adapter aux modes de vie et au développement du nourrisson IDE 2 : "respecter leurs rythmes"</p>	<p>Prise en charge de la douleur du nourrisson</p> <p>IDE 1 : "prise en charge de la douleur notamment par l'action de succion, ou du sucre" IDE 3 : "la gestion de la douleur si c'est un soin douloureux"</p>	<p>Prise en charge physique</p> <p>IDE 1 : "prise en charge physique (porter l'enfant, le cocooner)"</p> <p>IDE 2 : "on va facilement les prendre dans les bras, pour les calmer, les endormir on va forcément les prendre plus dans les bras"</p>

	<p>IDE 3 : “On met aussi aux parents à disposition des crayons, des livres, des jouets pour qu’il puisse avoir des activités”</p> <p>IDE 3 : “des poupons sur lesquelles on va montrer le soin qu’on va faire.”</p>	<p>et sa famille en l'occurrence ses parents.”</p>	<p>IDE 3 : “On fait attention à leur développement psychomoteur”</p> <p>IDE 3 : “On essaye de respecter leur rythme”</p> <p>IDE 3 : “regrouper les soins”</p> <p>IDE 3 : “Ne pas perturber leur sommeil”</p> <p>IDE 3 : “On adapte les mots qu’on va utiliser en fonction de son niveau de compréhension.”</p>		
--	---	--	---	--	--

Thème	La présence des parents lors des soins		
	<p>Une ressource pour le soignant</p> <p>IDE 1 : “beaucoup plus simple d’appréhender un soin pour ma part, si les parents sont là.”</p> <p>IDE 1 : “la prise en charge physique sera forcément mieux faite par les parents que par le soignant les odeurs, la voix de ces parents, le contact de ces parents, il le connaît”</p>	<p>Selon l’envie des parents</p> <p>IDE 2 : “c’est selon l’envie des parents et leurs investissements”</p> <p>IDE 3 : “je demande toujours s’ils veulent rester ou pas”</p>	<p>Intégration des parents aux soins</p> <p>IDE 2 : “Je les inclue pour les petits massages pour le côté réconfort, nettoyage des yeux, de la bouche.”</p> <p>IDE 3 : “ils peuvent parler à l’enfant, le distraire, jouer avec lui, lui chanter des chansons, regarder des vidéos”</p> <p>IDE 3 : “j’essaie au maximum qu’ils soient là, de les</p>

	<p>IDE 3 : “Il font partie de la sphère de l’enfant, du milieu dans lequel l’enfant grandit et se développe.”</p> <p>IDE 3: “leur présence est déjà une grande aide pour nous.”</p> <p>IDE 3 : “C’est vraiment une ressource pour nous”.</p> <p>IDE 3 : “Il y a des choses qu’on laisse aux parents faire car c’est plus facile que ce soit le parent, par exemple : l’habiller, le réinstaller,etc”</p>		intégrer dans les soins.”
--	--	--	---------------------------

Thème	Les limites de leurs présence		
Classification	<p>Selon l’acceptation des parents à participer aux soins</p> <p>IDE 1 : “c’est l’acceptation au fait qu’il participe.”</p> <p>IDE 3 : “ c’est comment se sent le parent.”</p> <p>IDE 3 : “Des fois, il y a des parents qui restent dans la chambre mais qui restent à distance. Il faut voir avec eux comment ils se sentent et comment ils sont capables.”</p>	<p>Selon l’état de santé de l’enfant</p> <p>IDE 2 : “c’est quand l’enfant n’est pas stable. Je ne veux pas que les parents fassent et se disent “c’est moi qui l’est destabilisé”. Ce qui doit être bénéfique au final ne va pas l’être.”</p> <p>IDE 2 : “Il faut qu’il reste parents et non qu’il dérive sur le rôle de soignant”</p>	<p>Les parents trop stressés et anxieux</p> <p>IDE 3 : “Ce qui fonctionne le mieux c’est que le parent soit calme et capable de se concentrer sur l’enfant”</p> <p>IDE 3 : “si les parents sont trop anxieux ou trop stressés, si ils sont pas rassurant pour l’enfant, ça ne va pas nous aider et ça ne va pas aider l’enfant.”</p> <p>IDE 2 : Les bébés sont comme des éponges,</p>

			<p>ils sentent quand les parents sont stressés</p> <p>IDE 2 : Quand les parents arrivent à prendre sur eux, à être avec nous et qu'ils rassurent leur enfant et s'en occupe ça se passe mieux.</p>
--	--	--	---

Thème	Les bénéfices de leurs présence	
Classification	<p>Bénéfices pour l'enfant</p> <p>IDE 1 : "Le bénéfice est sur l'enfant" "le traumatisme moins important de l'enfant aux soins"</p> <p>IDE 2 : "Ça les rassurent"</p> <p>IDE 3 : "Ça donne un point de repère à l'enfant."</p> <p>IDE 3 : "Le parent c'est un point de repère car c'est avec ses parents que l'enfant évolue et grandit."</p> <p>IDE 3 : "rassurer l'enfant, d'être capable par des gestes, des mots, des explications, de le rassurer. Le but est que ça crée un climat rassurant pour l'enfant."</p>	<p>Bénéfices pour parents</p> <p>IDE 1 : "C'est bénéfique car les parents comprennent ce qu'on fait"</p> <p>IDE 2 : "Et puis les parents, ça leur permet aussi de voir ce que l'on fait et ils se sentent utiles"</p>

Thème	Les conditions selon laquelle l'IDE demande aux parents de sortir de la chambre	
Classification	<p>Les parents peuvent rester dans la chambre pour tous les soins</p> <p>IDE 1 : "Pour moi, les parents peuvent toujours assister aux soins et être dans la chambre s'ils le souhaitent"</p>	<p>Certains soins sont fait sans la présence des parents</p> <p>IDE 2 : "Les soins très stériles on leur demande de sortir. Les soins très invasifs, douloureux et les soins stériles sont pour moi les principaux soins ou on demandent aux parents de sortir de la chambre."</p> <p>IDE 3 : "il y a certain soin par exemple la ponction lombaire, on fait sortir les parents car c'est pas du tout un soin confortable pour les enfants même si on met plein de moyens en œuvre pour que ce soit le moins douloureux possible"</p>

Thème	Le rôle infirmier dans l'intégration des parents dans les soins		
Classification	<p>Techniques et approches différentes</p> <p>IDE 1 : "utiliser les parents comme accompagnateurs et comme maintien de la tétine, le doigt dans la bouche pour faire téter l'enfant"</p> <p>IDE 3 : "Les parents peuvent à ce moment</p>	<p>La place de la communication</p> <p>IDE 2 : "Tu vas discuter d'un petit peu de tout et de rien, ça leur fait du bien aussi de parler d'autres choses que l'hospitalisation de leur enfant"</p> <p>IDE 2 : "beaucoup les</p>	<p>L'expérience professionnelle du soignant</p> <p>IDE 2 : " l'expérience professionnelle joue aussi dans l'intégration des parents"</p> <p>IDE 2 : "C'est difficile quand tu es jeune infirmière d'instaurer</p>

	<p>là, interagir avec l'enfant, lui montrer le doudou par exemple pendant que nous on fait le soin à côté."</p> <p>IDE 3 : "les parents les prennent contre eux et l'enfant finit par se calmer en étant dans les bras des parents"</p> <p>IDE 3 : "ça passe par la distraction, l'installation de l'enfant"</p> <p>IDE 3 : "on utilise du meopa et c'est les parents qui tiennent le masque par exemple."</p>	<p>rassurer, leur dire qu'on est présent mais tout en leur laissant leur espace"</p> <p>IDE 2 : " j'utilise l'humour quand c'est possible. Ca détend un peu tout le monde"</p> <p>IDE 3 : "On leur demande en fonction de l'âge de l'enfant ce qui à fonctionner avant."</p> <p>IDE 3 : "il faut leur expliquer avant comment ça va se passer, s' il y a des soins qu'ils ne connaissent pas"</p>	<p>cette relation car tu es déjà extrêmement stressée."</p> <p>IDE 2 : "Je pense que comment tu inclus les parents dans les soins dépend de ton expérience professionnelle."</p> <p>IDE 2 : "Il faut prendre sur soi, pour ne pas montrer son stress devant les parents."</p>
--	--	---	---

Thème	Création de l'alliance thérapeutique avec les parents		
Classification	<p>Instaurer une relation de confiance</p> <p>IDE 3 : "ce qui est hyper important c'est la relation de confiance avec les parents"</p> <p>IDE 2 : "On essaie toujours de leur donner confiance, de les rassurer, d'instaurer un climat"</p> <p>IDE 2 : "Ça aide à construire un climat de confiance aussi, quand on leur demande "est ce que ça à répondu à toutes vos questions ?"</p>	<p>Ecouter et comprendre les besoins des parents</p> <p>IDE 3 : "Il faut aussi savoir s'adapter au rythme de l'enfant mais également au rythme des parents."</p> <p>IDE 3 : " c'est aussi prendre en compte leurs besoins , les écouter, connaître un peu leur état d'esprit pour pouvoir adapter nos soins et pouvoir faire avec eux."</p> <p>IDE 3 : "C'est chercher leur consentement."</p>	<p>L'apport de l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>IDE 2 : "C'est à nous je pense d'instaurer ça avec toute l'équipe pluridisciplinaire"</p> <p>IDE 2 : "le travail en équipe, en binôme avec l'auxiliaire aide aussi beaucoup"</p> <p>IDE 2 : "L'auxiliaire parle aux parents pour les rassurer."</p> <p>IDE 2 : "Donc le travail d'équipe y fait beaucoup."</p> <p>IDE 2 : "les parents voient qu'il y a une</p>

	<p>IDE 2 : “On créer une équipe avec les parents.”</p> <p>IDE 1 : “Il y a aussi l’aspect relationnel de s’occuper, des gestes et des mots, je pense que ca aide pour que les parents soit en confiance dans cette relation triangulaire”</p>	<p>IDE 3 : “prendre en compte le vécu des parents,soit par un contexte d’hospitalisation ou bien l’hôpital en lui-même.”</p> <p>IDE 3 : “Tous les parents sont inquiets et ont peur donc il faut prendre ça en compte pour s’occuper au mieux de leur enfant.”</p> <p>IDE 3 : “Etre disponible et leur apporter des réponses”</p> <p>IDE 2 : “Ça va se faire à travers des soins, des discussions, s’intéresser à eux (comment ils gèrent la vie familiale, s' il y a des aînés,...)”</p> <p>IDE 2 : “Les obliger à rien et les rassurer, discuter avec eux et toujours leur dire que leur présence est hyper importante.”</p>	<p>continuité, que le médecin vient dans la chambre et qu’on parle devant les parents”</p> <p>IDE 2 : “C’est tout le travail d’équipe qu’on va faire ensemble qui va permettre d’accompagner au mieux les parents.”</p> <p>IDE 2 : “Ils voient qu’il y a toujours une suite et le même objectifs entre chaque soignant.”</p>
--	--	---	--

NOM : Morisseau

PRÉNOM : Clara

TITRE : L'accompagnement infirmier lors d'un soin auprès d'un nourrisson dans un service de néonatalité en présence d'un parent

During a pediatric internship, I got to take care of children. In particular, I learned how to integrate the family into the care of the hospitalized child. During the internship, I wonder how to provide care for the infant when the parents are here, for example to do a blood test. So, the aim of this research thesis is to understand in what ways the presence of parents influences the relationship between the infant and the nurse during care ?

To answer that question, I have read some authors who have written on development and needs of the infant, the bond between the child and its parents and the triangular relationship between the nurse, the infant and his parents.

In order to carry out this research, I met three nurses who work in pediatrics units. The goal of these interviews was to highlight the particularities of infant care and especially the support of the family and the integration of parent care.

Afterwards, I was able to confront the two sides and develop my opinion and the essential concepts of my subject. These essential notions allow caregivers to take care of the infant and his entourage as a whole.

Lors d'un stage en pédiatrie, j'ai découvert la prise en soin des enfants. J'ai notamment appris à intégrer la famille dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé. Durant le stage, je me suis demandé comment faire des soins sur le nourrisson lorsque les parents sont présents, par exemple faire une prise de sang. Alors, ce travail de recherche a pour but de comprendre en quoi la présence des parents influence t-elle la relation entre le nourrisson et l'infirmier lors d'un soin ?

Pour répondre à cette question, j'ai lu des auteurs qui ont écrit sur le développement et les besoins du nourrisson, le lien entre l'enfant et ses parents et la relation triangulaire entre l'infirmier, le nourrisson et ses parents.

Afin de réaliser cette recherche, j'ai rencontré trois infirmiers travaillant en pédiatrie. L'intérêt de ces entretiens était de mettre en avant les particularités de la prise en soin du nourrisson et notamment l'accompagnement de la famille ainsi que l'intégration des parents aux soins.

Par la suite, j'ai pu confronter les deux parties et mettre en lumière mon opinion ainsi que les notions essentielles de mon sujet. Ces notions essentielles permettent aux soignants de prendre en charge le nourrisson et son entourage dans sa globalité.

Keywords : infant, parents, relationship of trust, therapeutic alliance, accompaniment

Mots-clés : nourrisson, parents, relation de confiance, alliance thérapeutique,

accompagnement

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :
Pôle de Formation des Professionnels de Santé- CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES : Année de formation 2019/2022